PRZEGLĄD UBEZPIECZENIOWY

(REVUE D'ASSURANCES)

DWUMIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY SPRAWOM UBEZPIECZENIOWYM
I EKONOMICZNYM

ORGAN ZWIĄZKU PRYWATNYCH ZAKŁADÓW
UBEZPIECZEŃ W POLSCE.

1937
ZESZYT
3/4

WYDAWCA I REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY: Dr JÓZEF KOWAL

ROK XVI MAJ — PAŹDZIERNIK 1937 r. ZESZYT 3/4

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Świętokrzyska 27 m. 2.

Telefon Nr 265-45 **Konto w P. K. O. Nr 800.**

Związek Prywatnych Zakł. Ub. w Polsce

Prenumerata półroczna (wraz z przesyłką):

w Warszawie . . . . 3.00 zł.
na prowincji . . . . 3.30 zł.
zagranicą (rocznie) . . . . . . 6.60 zł.

CENA OGŁOSZEŃ:

Cała strona . . . . 40.00 zł.
Pół strony . . . . 25.00 „
1/4 strony . . . . 15.00 „

Cena zeszytu — 2.50 zł.

DR TADEUSZ POZNAŃSKI.

O ISTOCIE UBEZPIECZEŃ SZKODOWYCH*)

Przy rozważaniach aktuarialnych zarówno nad ubezpieczeniem na życie, jako też nad ubezpieczeniem wszelkiego innego rodzaju, na pierwsze miejsce występuje zagadnienie, czy do zdarzeń, które są przedmiotem ubezpieczenia, można stosować „prawo przypadku". Ażeby zdać sobie z tego sprawę, trzeba znać przebieg zjawisk, które powodują dane zdarzenie ubezpieczeniowe. Podstawą zatem zastosowania wszelkiej teorii matematycznej do ubezpieczeń jest właściwa statystyka zjawisk. Ze statystyki wynikać będzie przede wszystkim częstotliwość danego zjawiska wśród jednorodnej grupy obiektów w ubiegłym okresie i na podstawie tej częstotliwości ustalone być może *prawdopodobieństwo* danego zjawiska w przyszłości. Do właściwego zebrania i opracowania materiału statystycznego, który by mógł być podstawą do wyciągania należytych wniosków, muszą być zastosowane właściwe zasady matematycznej statystyki. Opinia niektórych praktyków, że metody statystyki matematycznej, powszechnie zwanej *wiedzą ścisłą*, nie mogą być zastosowane do ubezpieczenia rzeczowego ze względu na *losowość* tych zdarzeń, polega na nieporozumieniu, czy też na niezrozumieniu treści teorii rachunku prawdopodobieństwa, której przedmiotem badań są *właśnie* zjawiska losowe z zależnością stochastyczną.

Metody matematycznej statystyki, w szczególności teoria korelacji, pozwalają badać i odkrywać w zjawiskach losowych, będących przedmiotem ubezpieczenia, szereg zależności (naturalnie nie funkcjonalnych, lecz stochastycznych) bądź to ze zjawiskami gospodarczymi, czy też przyrodniczymi; odkrywanie tych zależności może mieć bardzo duże znaczenie praktyczne przy przechodzeniu od badania *częstotliwości* zjawiska w przeszłości do *prawdopodobieństwa* zajścia tego zjawiska w przyszłości, a to w związku ze zmianami gospodarczymi, czy przyrodniczymi (np. plamy słoneczne a ubezpieczenie od gradobicia).

Matematyczna statystyka daje nie tylko wskazówki należytego opracowania materiału statystycznego, ale też umiejętnego jego wykorzystania. Uczy ona nas, z jakimi prawdopodobieństwami można oczekiwać odchyleń od najprawdopodobniejszego przebiegu zdarzeń losowych; stąd już można wyciągnąć praktyczne wnioski co do konstrukcji taryf, co do wymagalnej wysokości współczynników bezpieczeństwa w konstrukcji taryf (m. i. w zależności od charakterystyki i nasilenia danego zjawiska losowego), co do wymagalnej wysokości kapitału zapasowego (na pokrycie niepomyślnych odchyleń), co do zasad reasekuracji (m. i. w zależności od wysokości

*) Artykuł niniejszy jest streszczeniem referatu wygłoszonego dn. 4 listopada 1936 r. w Polskim Instytucie Aktuariuszy. Treść tego referatu przedłożona została przez autora na XI Międzynarodowym Kongresie Aktuariuszy w Paryżu do tematu VI — (ubezpieczenia rzeczowe).

współczynników bezpieczeństwa w kalkulacji składki oraz istniejącego kapitału zapasowego) i co do wielu innych czynników, mogących mieć bardzo poważne praktyczne znaczenie.

Badanie metodami matematycznej statystyki zagadnień związanych z losowością zdarzeń będących podstawą ubezpieczeń wykazuje, że wiele zakorzenionych wśród praktyków ubezpieczeń rzeczowych poglądów na *hazardowność* poszczególnych grup ryzyk jest diametralnie sprzecznych z teorią. Tak np. bardzo często uważane są jako bardziej pożądane dla portfelu zakładu ubezpieczenia o małej częstotliwości zdarzeń i przeciętnej małej intensywności, krótko mówiąc, gdzie składki netto (tj. wyliczone tylko na pokrycie odszkodowań) są mniejsze — np. w ubezpieczeniach ogniowych należą tu tzw. ryzyka cywilne, jak kamienice, ruchomości domowe etc.; natomiast jako mniej pożądane uważane są ryzyka z dużą częstotliwością zdarzeń, czy też dużą możliwą intensywnością pożaru, jak np. młyny, tartaki etc., aczkolwiek teoria mówi coś wręcz przeciwnego.

Przy rozważaniach i kalkulacjach dotyczących ubezpieczeń rzeczowych posługiwanie się metodami rachunku prawdopodobieństwa i jego zastosowań może i musi przynosić znaczne korzyści, tak samo, jak posługiwanie się tymi metodami przy wszelkich zjawiskach masowych; należy tylko w każdym poszczególnym przypadku zdać sobie dokładnie sprawę, czy badane zjawisko, będące przedmiotem ubezpieczenia, jest tego rodzaju, że podporządkowuje się „prawu przypadku", to znaczy, że zasady teorii prawdopodobieństwa mogą być do niego stosowane.

W praktyce jednakże korzyści stosowania tych metod są do pewnego stopnia *ograniczone* charakterem ubezpieczeń rzeczowych.

Ubezpieczenia rzeczowe różnią się bowiem *zasadniczo* od ubezpieczeń osobowych. W ubezpieczeniach osobowych świadczenie zakładu ubezpieczeń zależne jest od zajścia danego zjawiska, rzadziej zaś od jego rozmiaru (przy ubezpieczeniach od nieszczęśliwych wypadków) i od ustalonej w umowie ubezpieczenia sumy świadczenia. Natomiast w ubezpieczeniach rzeczowych, które noszą — z punktu widzenia prawnego i gospodarczego — charakter *umowy odszkodowawczej*, poza kryteriami obowiązującymi dla ubezpieczeń osobowych dochodzi jeszcze moment *wysokości szkody*, jaką ubezpieczający poniósł wskutek zajścia danego zjawiska.

Pomijanie tego elementu, jako kryterium dla ustalenia wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń względem ubezpieczającego, robiłoby z ubezpieczenia zwykłą grę losową.

Nie można pominąć tutaj milczeniem, że w ubezpieczeniu od gradobicia utarł się zwyczaj, sankcjonowany nawet przez prawo, że odszkodowanie w wypadku gradobicia jest zależne jedynie od stopnia uszkodzenia ubezpieczonej rośliny i od umówionej sumy ubezpieczenia, bez względu, czy suma ta — wskutek spadku cen — odpowiada wartości plonu w chwili szkody, czy też ją przekracza. W tym ostatnim przypadku ubezpieczający otrzymuje od zakładu ubezpieczeń świadczenie przekraczające cenę, jaką by ubezpieczający rolnik uzyskał na rynku, gdyby plony jego nie uległy gradobiciu. Ubezpieczenie — wbrew kardynalnej zasadzie tego urządzenia gospodarczego — staje się w takim przypadku źródłem zysku, jak zwykła loteria. Należy również podkreślić, że wskutek *wzajemnego* charakteru ubezpieczenia (nawet w spółkach akcyjnych) powstaje stan anormalny, że ubezpieczający rolnicy, których plony nie są dotknięte gradobiciem, sprze-

dają je po *niskich* cenach na rynku, a poza tym ponoszą koszt świadczeń po *wysokich cenach* dla rolników dotkniętych gradobiciem; dla tych ostatnich „klęska gradobicia" staje się w tych warunkach „dobrodziejstwem". Niektórzy prawnicy (np. Ehrenzweig) uważają, że nie jest to sprzeczne z kardynalną zasadą prawa o charakterze umowy ubezpieczenia i że państwowa władza nadzorcza nad ubezpieczeniami nie mogła się temu przeciwstawić, albowiem „wypadek ubezpieczeniowy nie może tutaj być dowolnie spowodowany"; tłumaczą to również chęcią usunięcia różnicy zdań co do cen rynkowych na nowe zbiory w chwili, gdy ceny te jeszcze nie zostały ustalone. Nie ulega jednakże, zdaje się, wątpliwości, że przez takie postawienie sprawy ubezpieczenia od gradobicia zatraciły do pewnego stopnia charakter *umowy o odszkodowanie*, a stały się zwykłą grą losową. Zasada *odszkodowania* tkwiąca w umowie ubezpieczenia rzeczowego (które słuszniej powinno się nazywać ubezpieczeniem *odszkodowawczym)* ma swój wpływ na wysokość świadczeń z takiej umowy.

Do ubezpieczeń osobowych, do których zaliczymy w pierwszej linii ubezpieczenia życiowe i ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków (jeżeli nie są przewidziane świadczenia z tytułu zwrotu faktycznych kosztów leczenia), można zastosować schemat urn, przy czym wyciągnięcie z takiej urny odpowiedniej kuli z wymienioną na niej sumą decyduje o wysokości świadczenia ze strony zakładu ubezpieczeń. Przy ubezpieczeniach odszkodowawczych schemat urn nie daje się zastosować bez pewnej korektywy: wypisana na wyciągniętej kuli suma ubezpieczenia jest tylko górną granicą odszkodowania; wysokość zaś tego odszkodowania ustala się na podstawie cen, jakie są miarodajne w chwili wypadku (wyciągnięcia kuli z urny), a które w zasadzie nie są znane à priori tj. z chwilą zawierania umowy ubezpieczenia (wsypywania kul do urny). Szkody częściowe mogą być przez schemat urn przedstawione w sposób następujący: kula, która ma być wyciągnięta, rozdziela się na szereg cząsteczek, z których nie wszystkie ulegają wyciągnięciu, albo też w ten sposób, że każda kula przedstawia część zniszczenia, a ilość tych kul włożona do urny odpowiada rozkładowi szkód z uwzględnieniem stopnia zniszczenia.

Przy ubezpieczeniach odszkodowawczych wchodzi zatem dla wymiaru świadczeń nowe kryterium, obce ubezpieczeniom osobowym. To właśnie kryterium — *wysokość szkody poniesionej przez ubezpieczającego* — jest tym elementem, który odróżnia ubezpieczenia rzeczowe od ubezpieczeń osobowych. W tym też elemencie, który narusza normalny schemat urn, widzę trudności w praktycznym wyciągnięciu wszystkich korzyści, jakie mogłoby dać zastosowanie rachunku prawdopodobieństwa i metod aktuarialnych do rozważań w dziedzinie ubezpieczeń rzeczowych.

Zdaniem prof. Riebesella [1]), znanego propagatora zastosowań metod matematycznych (ściślej: aktuarialnych) do ubezpieczeń rzeczowych, matematyka ubezpieczeń rzeczowych jest dlatego znacznie więcej skomplikowana, aniżeli matematyka ubezpieczeń osobowych, że w tej pierwszej ma się do czynienia z tzw. „szkodami częściowymi". Niezawodnie, jest to pogląd do pewnego stopnia słuszny, chociaż teoria, m. i. rachunek prawdopodobieństwa, daje sobie z tym zagadnieniem dobrze radę. Można natomiast zaryzykować twierdzenie, że stosunkowo słaby rozwój matematyki ubez-

[1]) „Gibt es eine Sachversicherungsmathematik" — Archiv für mathematische Wirtschafts- & Sozialforschung — Heft 1 ex 1935.

pieczeń rzeczowych przypisać należy trudnościom w jej zastosowaniu praktycznym, a te są powodowane właśnie przez „zasadę odszkodowawczą".

W umowach dotyczących ubezpieczeń rzeczowych odróżnić można dwie kategorie: do pierwszej zaliczymy te umowy, w których całkowita wartość ubezpieczonej rzeczy, czy też interesu, w chwili zawarcia umowy jest elementem składowym ubezpieczenia i ma wpływ decydujący na wymiar świadczeń umownych, do drugiej zaś te umowy, w których wartość ta nie wchodzi, przynajmniej explicite, w skład umowy i nie ma bezpośrednio wpływu na wymiar świadczeń umownych. Brak tego elementu może pochodzić albo z natury rzeczy, jak np. przy ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilno-prawnej, lub też może pochodzić z wyraźnej woli stron, które umawiają się, że nie chcą tego elementu (tj. wartości całkowitej rzeczy lub interesu w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia) brać pod uwagę przy ustalaniu wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.

Usunięcie z umowy ubezpieczenia elementu, ustalającego całkowitą wartość rzeczy lub interesu, nie jest jednakże równoznaczne z usunięciem górnej granicy świadczeń. Wręcz przeciwnie, zamiast właśnie ustalenia tej wartości, która zazwyczaj jest z reguły górną granicą świadczeń, umowa ustala umówioną górną granicę świadczeń, która będzie zazwyczaj niższa, aniżeli przypuszczalna wartość rzeczy lub interesu w chwili zawierania ubezpieczenia. Ostatnio istnieje tendencja przy ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej do nieustalania górnej granicy odpowiedzialności. Z punktu naszych rozważań można uważać tę granicę we wspomnianych wypadkach jako pewną liczbę dostatecznie dużą, która praktycznie nie może być przekroczona.

Przy ubezpieczeniach tej grupy — gdzie wartość przedmiotu, czy też interesu, nie stanowi składowej części umowy — świadczenie zakładu ubezpieczeń w wypadku zajścia okoliczności przewidzianej w umowie ubezpieczenia ustala się na podstawie szkody, przy czym świadczenie zakładu ubezpieczeń nie musi koniecznie wynosić 100% tej szkody. Umowa może przewidywać, że świadczenie zakładu ubezpieczeń wynosi tylko określoną część tej szkody, np. 80%, czy też 90% tejże, lub też może równać się szkodzie zmniejszonej o ustaloną w umowie *sumę*, która może być zresztą różniczkowana w zależności od rodzaju wypadku, czy też okoliczności, wśród których on miał miejsce.

Wysokość świadczeń ze strony zakładu jest zatem bezpośrednio funkcją szkody, a wysokość tejże jest wynikiem splotu okoliczności, w których pierwszorzędną rolę odgrywa *wartość uszkodzonych, czy też zniszczonych przedmiotów,* czy też w ogóle zapotrzebowanie kapitału wskutek zajścia wypadku, będącego przedmiotem ubezpieczenia.

Stąd wypływa wniosek o bardzo doniosłym znaczeniu, że wysokość odszkodowania w ubezpieczeniu takiego rodzaju jest zależna od ruchu cen danych przedmiotów, czy też siły nabywczej pieniądza w ogóle.

W okresach zwyżki wartości pieniądza, co odpowiada ogólnemu spadkowi cen, albo też w okresach spadku cen określonych dóbr, lub też kosztów utrzymania, jeżeli od tych ostatnich zależna jest wysokość świadczeń (np. w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilno-prawnej, świadczenia ubezpieczeniowe — przy tych samych rozmiarach zjawiska ubezpieczonego — maleją i odwrotnie.

Okoliczność ta ma znaczenie podwójne: jedno — przy opracowywaniu materiału statystycznego, drugie — przy wyciąganiu wniosków co do wysokości przyszłych świadczeń ubezpieczeniowych; przy czym znaczenie to będzie w zasadzie różne, w zależności czy mamy do czynienia a) z ubezpieczeniem „na pierwsze ryzyko" (tj. gdzie pełna wartość ubezpieczanego interesu nie istnieje, albo też nie jest składową częścią umowy ubezpieczenia), czy też b) z ubezpieczeniem według wartości dóbr lub interesu.

Przy opracowywaniu materiału statystycznego należy mieć na uwadze, że dwa zdarzenia o jednakowej mocy obiektywnej, tzn. które spowodowały jednakowe zniszczenie, czy też uszkodzenie realne, mogą wywołać dwa *różne* świadczenia (odszkodowania) ze strony zakładu ubezpieczeń, w zależności od poziomu cen, czy też wartości danego przedmiotu w chwili zdarzenia losowego i to, o co nam tutaj specjalnie chodzi, przy jednakowych — w obydwu wypadkach — warunkach umowy co do sumy ubezpieczenia, etc.

Przy ubezpieczeniu „na pierwsze ryzyko" odszkodowanie jest bezpośrednio zależne od wysokości szkody, a ta znów od poziomu cen w chwili zdarzenia.

Tak wyglądają świadczenia (odszkodowania) w drugiej grupie przez nas poprzednio zdefiniowanej, tj. gdy całkowita wartość ubezpieczonych przedmiotów nie jest składową częścią umowy.

W pierwszej grupie, gdzie ta wartość stanowi integralną część umowy, zarówno dla wymiaru *składek* oraz, co nas w tej chwili interesuje, wymiaru świadczeń, wysokość świadczeń zależna jest nie tylko od wysokości szkód, jak to było w poprzedniej grupie, lecz również od tego właśnie elementu umowy tj. od wartości ubezpieczonych dóbr, przyjętych w umowie ubezpieczenia. Ta zależność jest jednak jednostronna; w razie, gdyby ubezpieczone dobra w trakcie trwania umowy ubezpieczenia wzrosły w swej wartości, świadczenie zakładu ubezpieczeń ograniczone będzie do wartości tych dóbr według umowy; w razie zaś spadku wartości tych dóbr miarodajną dla ustalenia wysokości odszkodowania jest wartość dóbr w chwili zajścia wypadku. Taka jest zasada ubezpieczeń rzeczowych.

Z tych zasad płyną bardzo ważne wnioski dla aktuariusza; w zasadzie dość proste i jasne, które jednakże, rzecz dziwna, rzadko wyciągane są w życiu praktycznym.

Pierwszy wniosek dotyczy wykorzystania materiału liczbowego, pochodzącego z odszkodowań, dla opracowania bądź to porównawczych tablic statystycznych, bądź też taryf.

W grupie ubezpieczeń „na pierwsze ryzyko" (należących do rozpatrywanej tu grupy), wobec braku jakichkolwiek danych co do wartości ubezpieczonych przedmiotów, ustalanie stosunku między odszkodowaniami a *sumą* ubezpieczenia w znaczeniu *wartości* mienia nie jest możliwe. Statystyka może tutaj jedynie rozsegregować odszkodowania w określonej grupie ubezpieczeń według ich *absolutnej* wysokości; np. do 100 zł, od 100 do 200 zł itd. z jednego zdarzenia. Przedziałki zależnie od potrzeb praktycznych (m. i. prawnych). Ażeby statystyka była dokładna i nie zawierała błędu w swej konstrukcji, materiał doświadczalny winien być ograniczony *do możliwie krótkiego okresu* czasu, w którym praktycznie nie było zmian w cenach odpowiednich dóbr lub usług. W przeciwnym razie, dwie pod względem zjawiskowym zupełnie identyczne szkody co do swej

wysokości znajdą się w dwu przedziałkach, gdyż — ze względu na zmiany zaszłe w międzyczasie w cenach — jedna z nich będzie oszacowana np. na 10.000 zł, a druga — na 15.000 zł.

Zdaje się, iż bez przytaczania specjalnych danych co do ruchu cen w ostatnich latach, można śmiało twierdzić, że — chcąc zbudować statystykę, a z niej właściwe wnioski co do taryf etc. — należy skrócić okres obserwacyjny do minimum, co pociąga ze swej strony redukcję ilości obserwowanych zdarzeń i może doprowadzić — zwłaszcza w grupie ryzyk z małą przyrodzoną częstotliwością — do niedostatecznej ilości tychże, niedostatecznej dla wyciągnięcia odpowiednich wniosków. Rozciągnięcie zaś okresu obserwacyjnego na dłuższy czas doprowadzić musi do błędnych wniosków, ze względu na rozbieżność cen.

Dlatego też ustalenie racjonalnych taryf, opracowanych naukowo na podstawie właściwego materiału statystycznego, jest niezmiernie trudne, a w wielu wypadkach — niemożliwe.

Praktycznie można jednak wyciągnąć niektóre bardzo ważne wnioski z poprzedniego rozumowania. W okresie zwyżki cen suma odszkodowań — ceteribus paribus — musi rosnąć, a w okresie zniżki cen — maleć. Stąd należałoby, zdaje się, zachować w pamięci bardzo ważne ostrzeżenie, że ubezpieczenie „na pierwsze ryzyko" (bez deklaracji wartości ubezpieczonego przedmiotu) nie może być racjonalnie eksploatowane, a ustalana „empirycznie" (według wyczucia) składka winna ulegać stałej kontroli. Takich ubezpieczeń z wiążącą składką nie należałoby właściwie zawierać na okres dłuższy od roku [2]).

Z wyłuszczonej poprzednio zasady wysuwają się też pewne wnioski w stosunku do ubezpieczeń z zadeklarowaną wartością. Przede wszystkim w odniesieniu do opracowań statystycznych należy tu nadmienić, że obliczone przez zakład odszkodowania zależne są, jak wskazano wyżej, od sumy ubezpieczenia i od wysokości szkody. Przy *jednej i tej samej* (tzn. *równej)* zadeklarowanej wartości ubezpieczenia dwie zjawiskowo *jednakowe* szkody mogą mieć *różne* odszkodowania, w zależności od kształtowania się cen w okresie zdarzenia. Odszkodowania będą w zasadzie równe tylko wtedy, gdy ceny były jednakowe. Dla racjonalnego opracowania materiału dotyczącego odszkodowań i niepopełniania błędów, mogących zniekształcić prawdziwy obraz przebiegu zjawiska badanego, należy tę okoliczność mieć na uwadze i pamiętać, że:

1) Jeżeli tzw. sumy ubezpieczenia przekraczają wydatnie wartość w chwili zdarzenia, to może się okazać, że dwa zdarzenia o jednakowej mocy (z punktu widzenia zjawiskowego) powodują dwa *różne* świadczenia ubezpieczeniowe.

2) Jeżeli sumy ubezpieczenia nie przekraczają wartości, to dwa zdarzenia o jednakowej mocy powodują również różne świadczenia.

Żeby spowodowane tym zniekształcenia usunąć z materiału statystycznego, należy ustalić w *każdym wypadku* odszkodowania, jakie byłoby teoretyczne odszkodowanie, gdyby w chwili zajścia wypadku objętego ubez-

---

[2]) Przypomnieć może warto na tym miejscu, że angielscy aktuariusze uważają, że sprawa obliczenia składek w ubezpieczeniach rzeczowych w ogóle nie jest z punktu widzenia praktycznego tak bardzo ważna, głównie dlatego, że wobec przeważnie rocznych okresów ubezpieczenia można taryfy te z prawie natychmiastowym skutkiem odpowiednio zmieniać, stosownie do faktycznego przebiegu.

pieczeniem miarodajne były wartości (ceny) przewidziane w umowie ubezpieczenia i tak ustalone odszkodowanie (nazwijmy je „odszkodowanie statystyczne") winno być podstawą dalszych badań. Jeżeli nie przeprowadzimy tej korektury, to powstaną zniekształcenia widoczne z następującego przykładu:

	I.	II.
Umowna wartość przedmiotu	100.000	100.000
Wartość tegoż przedmiotu w chwili zajścia wypadku	50.000	200.000
Zniszczenie w 60% tj.	30.000	120.000
Odszkodowanie	30.000	60.000 (z proporcji)
Bez przeprowadzenia korektury materiał statystyczny wykazałby stopień zniszczenia	30%	60%

podczas, gdy zniszczenie było jednakowe (60%).

Również wszelkie inne manipulacje rachunkowe związane z odszkodowaniem (np. redukcja świadczenia wskutek niezachowania warunków umowy, etc.) winny być uprzednio skorygowane, by nie otrzymać zniekształconego obrazu.

Jeżeli tych korektur nie dokonywuje się, to wnioski wyciągane z takiego nieskorygowanego materiału są błędne. Tak np. przy bezkrytycznym zastosowaniu wniosków dotyczących materiału obserwacyjnego z okresu spadku cen (nasz przykład I) otrzymamy statystycznie pozornie *małą* szkodowość, gdyż odnosimy odszkodowania do wyższych sum ubezpieczenia przedmiotów, aniżeli są one warte w chwili zajścia wypadku. Niestety jednak można przypuszczać, że takie błędne wnioski były w ostatnich latach często podstawą do oceny omawianych zjawisk.

Z badań nad wymieralnością osób ubezpieczonych na życie wiadomo, że współczynnik wymieralności (prawdopodobieństwa) zależny jest m. i. także od wysokości sum ubezpieczenia. Ubezpieczenia na bardzo duże sumy, jak też i na bardzo małe sumy, wykazują wyraźnie zwiększoną wymieralność.

Trudno zorientować się, czy podobne bezpośrednie badania były czynione w odniesieniu do ubezpieczeń szkodowych; w szczególności np., jaki wpływ na prawdopodobieństwo (częstotliwość) zdarzenia *pożaru* ma wielkość obiektu, a tenże wpływ wielkości obiektu na krzywą intensywności zniszczenia. Że między wielkością obiektu a częstotliwością zjawiska pożaru i intensywnością zniszczenia istnieje jakaś zależność, uczy nas zarówno bezpośrednia obserwacja (każdy m² powierzchni może być źródłem ognia, a im większa kubatura, tym ratunek wykazuje stosunkowo większy efekt tj. powoduje mniejszy stopień zniszczenia): mianowicie *przeciętna wartość płonącej* budowli jest często przy obiektach, gdzie w ogóle ratunek jest możliwy, większa, aniżeli przeciętna *wartość ubezpieczonej budowli.* Bliższa analiza — ze względu na kilka wchodzących tutaj elementów — częstotliwość i stopień zniszczenia — byłaby bardzo ciekawa.

Badania takie mogą mieć bardzo doniosłe praktyczne znaczenie dla należytej taryfikacji. O ile wiadomo, zagadnienia te zamierza poddać dokładniejszemu badaniu znany teoretyk ubezpieczeń rzeczowych, inż. A. Sergowskij.

Wyrażonych poprzednio zastrzeżeń co do możności praktycznego wykorzystania badań aktuarialnych w kierunku należytego ustalenia przy-

szłych świadczeń ubezpieczeniowych, a tym samym i składki w ubezpieczeniach rzeczowych, a to — jak poprzednio wspomniano — ze względu na zmiany zachodzące w wartości ubezpieczonych przedmiotów, czy też w sile nabywczej pieniądza, nie należy w każdym razie rozumieć, jako *kapitulacji* w tym znaczeniu, że w dziedzinie ubezpieczeń rzeczowych (czy też *szkodowych)* metody matematyki ubezpieczeniowej (wiedzy aktuarialnej) nie mogą być stosowane, czy też nie mają praktycznego znaczenia. Mimo wspomnianych zastrzeżeń utrwala się na ogół pogląd, że naświetlenie wielu zagadnień z dziedziny ubezpieczeń rzeczowych metodami aktuarialnymi daje nie tylko satysfakcję „naukową" badaczowi tej dziedziny, ale przynosi — czy też przynosić powinno — bezsprzeczne duże korzyści przemysłowi ubezpieczeniowemu. Należy przypomnieć, że powyższe zastrzeżenia, czy też wątpliwości dotyczyły tylko strony *finansowej,* przy czym z rozważań tych wynikało, że specyficzne okoliczności ubezpieczeń rzeczowych powodują, że wynikające z obliczeń świadczenia są *górną* granicą, a że w praktyce — wskutek wahania cen — świadczenia mogą być zasadniczo niższe (nigdy zaś wyższe). Zastrzeżenia te, czy też wątpliwości, nie odnosiły się natomiast do strony zjawiskowej, gdyż cały szereg zagadnień z tej dziedziny może być z wielką korzyścią opracowany i oświetlony metodami matematycznymi.

Dr Tadeusz Poznański.

Dr H. GROSSMANN.

UWAGI Z DZIEDZINY SZWAJCARSKIEJ ASEKURACJI I REASEKURACJI.

ODCZYT

WYGŁOSZONY W SZTOKHOLMIE W DNIU 16 MARCA 1937 R. W SZWEDZKIM ZWIĄZKU TOWARZYSTW UBEZPIECZEŃ.

Powołując się na dawne i przyjazne stosunki między krajami północnymi i Szwajcarią także na polu asekuracji i reasekuracji, ośmielam się zaabsorbować uwagę Panów na przeciąg krótkiej godziny odczytem na temat szwajcarskiej asekuracji i reasekuracji. Zresztą, ze względu na uniwersalność tej gałęzi życia gospodarczego i ustawiczną ruchliwość, w której się znajduje, zwłaszcza w dzisiejszym niezwykłym okresie czasu, wydaje się pożądanym, by poszczególne kraje wzajemnie się informowały i wymieniały zdobyte doświadczenia. Niedawno mieliśmy przyjemność powitania w Szwajcarii p. dyrektora Akessona ze Szwedzkiego Urzędu Nadzoru i zaznajomienia się z jego odczytu z problemami, którymi się obecnie interesują szwedzkie towarzystwa ubezpieczeń na życie. Cieszylibyśmy się również bardzo, gdybyśmy mogli powitać któregoś z dyrektorów szwedzkich towarzystw ubezpieczeń.

W moim dzisiejszym krótkim odczycie trudno by było oczywiście przedstawić wyczerpująco obraz całej szwajcarskiej asekuracji i reasekuracji. Nie chciałbym również nudzić cyframi statystycznymi; raczej chciałbym naszkicować kilka wycinków, które obecnie również i zagranicą powinnyby wzbudzić zainteresowanie. Na początek chciałbym poświęcić kilka uwag o istniejących u nas stosunkach między *prywatną a prawno-publiczną asekuracją.*

Prawno-publiczna asekuracja ugruntowała się w Szwajcarii głównie w dziale budynkowych ubezpieczeń od ognia. Ma to swe uzasadnienie historyczne, gdyż kantonalne ubezpieczenie budynków od ognia powstało już w tym czasie, w którym nie istniały jeszcze żadne zasługujące na uwagę prywatne ubezpieczenia od ognia. Już w roku 1805 został założony pierwszy kantonalny zakład ubezpieczeń budynków. Jak wiadomo Szwajcaria składa się mimo swojego małego obszaru z 25 kantonów, z których każdy zazdrośnie strzeże swej niezależności przynajmniej pod względem administracyjnym i fiskalnym. W ślad za pierwszym kantonem powołującym do życia Kantonalny Zakład Ubezpieczeń Budynkowych poszło bezpośrednio potem wiele innych kantonów, tak że dziś posiadamy w Szwajcarii na ogólną ilość 25 kantonów 18 kantonalnych zakładów ubezpieczeń budynkowych, z których 15 istnieje przeszło od 100 lat. Wszystkie te zakłady są wyposażone w monopol i przymus, to znaczy, że wszystkie budynki, z wy-

jątkiem w niektórych kantonach kilku szczególniej niebezpiecznych klas ryzyk, muszą być w tych zakładach ubezpieczone po składkach z góry ustalonych i na warunkach ustawowo przepisanych. Z biegiem czasu 3 zakłady kantonalne podjęły również dział ubezpieczeń mobiliarnych, lecz tylko jeden z nich w drodze monopolu i przymusu, a pozostałe 2 w wolnej konkurencji z zakładami prywatnymi. W niektórych innych kantonach obserwuje się wprawdzie przymus dla ubezpieczeń mobiliarnych, jednakże ubezpieczenia te pozostawione są całkowicie zakładom prywatnym. Tak samo również przedstawia się sprawa w tych 7 kantonach, które nie posiadają publicznego zakładu ubezpieczeń budynkowych.

Dziś zakłady kantonalne posiadają z górą 50% sumy ubezpieczenia od ognia w Szwajcarii, a więc bardzo pokaźny odsetek. Jednakże metody pracy tych zakładów w wielu wypadkach nie stoją na zbyt wysokim poziomie pod względem techniki ubezpieczeniowej; niektóre z tych zakładów jeszcze dziś stosują jednolitą stopę składki dla wszystkich ubezpieczonych ryzyk, bez względu na to, czy będzie chodziło o ubezpieczenie miejskiego budynku bankowego, czy też drewnianej stodoły chłopskiej. Kantonalne władze rządowe dążyły właśnie do tego, by zadania techniczno-asekuracyjne zredukować do minimum i by aparat zakładów publicznych funkcjonował możliwie mechanicznie; wskutek tego nie troszczyły się wcale lub bardzo mało o tę słuszną naczelną zasadę asekuracji: jakie ryzyko — taka składka. Poza tym jednakże należy bez wątpienia przyznać zakładom kantonalnym duże zasługi, nie mówiąc już o powszechnym przeprowadzeniu idei ubezpieczenia, o ile chodzi o ścisłe sformułowanie ustaw ubezpieczeniowych, rzeczowe szacowanie ryzyk przez rządowe komisje, oraz różnego rodzaju zarządzenia profilaktyczne. Zakłady te są zorganizowane i zarządzane w ramach organizacji państwowej, przy czym składki są ściągane przez organy kantonalne na prawach podatków. Rachunkowość tych zakładów jest niezależna od budżetu i zarządu skarbowego każdego kantonu. Gwarancja państwa poza jednym wyjątkiem nie jest nigdzie wyraźnie przewidziana; w razie potrzeby musiałby jednak skarb kantonowy przyjść z pomocą. Trzeba jednak przyznać, że zakłady kantonalne nagromadziły pokaźne rezerwy w ciągu całych dziesiątków lat dzięki stanowisku monopolistycznemu oraz dzięki stosunkowo wysokiej i korzystnej reasekuracji.

Grupa prywatnych towarzystw ubezpieczeń od ognia wywodzi się dopiero od roku 1826, w którym to roku zostało założone „Szwajcarskie Towarzystwo Ubezpieczeń Mobiliarnych”. Towarzystwo to, jak sama nazwa wskazuje, było przeznaczone w pierwszej linii dla ubezpieczeń zawartości i jako uzupełnienie kantonalnych zakładów ubezpieczeń budynkowych. Będąc towarzystwem wzajemnym, uprawiało ono i uprawia po dziś dzień tylko czysto szwajcarskie ubezpieczenia, zajmując pod tym względem pierwsze miejsce w Szwajcarii, posiada ono bowiem okrągło 40% portfelu przypadającego na grupę towarzystw prywatnych. W drugiej połowie ubiegłego stulecia powstawały stopniowo akcyjne towarzystwa ubezpieczeń, którym pozostało do dyspozycji tylko około ⅓ szwajcarskiego portfelu ubezpieczeń ogniowych. Ta ostatnia okoliczność jest jednym z powodów, że szwajcarskie akcyjne towarzystwa ubezpieczeń zwróciły bardzo szybko swą działalność w kierunku interesu międzynarodowego, kładąc w ten sposób podwaliny pod charakter międzynarodowy, cechujący obecnie szwajcarską asekurację.

Z dotychczasowych krótkich uwag staje się jasny stosunek, jaki obecnie istnieje w Szwajcarii między prywatnymi i prawno-publicznymi ubezpieczeniami. Są to dwie organizacje równoległe, uzasadnione rozwojem historycznym, obejmujące mniej więcej każda po połowie interesu ogniowego. Kantonalne zakłady ubezpieczeń budynkowych jako powołane do życia wcześniej utrzymały większą część swego portfelu wskutek ustawowego monopolu, natomiast prywatne zakłady zajęły się, obok specjalnej rozbudowy międzynarodowego interesu, rozbudową ubezpieczeń przemysłowych i mobiliarnych, w której to dziedzinie w przeważnej mierze ugruntowały swe stanowisko wskutek większych zdolności przystosowania się do zmieniających się potrzeb życia gospodarczego.

Obok kantonalnych zakładów ubezpieczeń od ognia należy jeszcze wymienić jako najważniejszego przedstawiciela ubezpieczeń prawno-publicznych „Szwajcarski Zakład Ubezpieczeń od Wypadków" w Lucernie, który został powołany do życia nieznaczną większością głosów w głosowaniu plebiscytowym, poprzedzonym gorącą dyskusją. Główną zasadą tego zakładu, opartego na wzajemności, jest przymusowe ubezpieczenie od wypadków każdej osoby, która tylko zatrudniona jest jako pracownik umysłowy lub fizyczny w zakładzie pracy podlegającym ustawie. Ten zakład ubezpieczeń starał się, o ile to było możliwe, pełnić swe zadanie drogą przystosowania się do technicznych metod i zasad prywatnych ubezpieczeń od wypadków. Trzeba przyznać, że zakład ten zdziałał wiele dobrego na polu ubezpieczeń wypadkowych. Szczęśliwym przypadkiem dla tego zakładu było, że znalazł on tak w fazie organizowania się jak i dla dalszego kierownictwa człowieka, który wyszedł z asekuracji prywatnej i który, jako zasłużony dyrektor jednego z wzajemnych zakładów ubezpieczeń od wypadków, rozporządzał cennym kapitałem doświadczenia i łączył w sobie zdolności technika ze zdolnościami organizatora. Mimo wszystko jednak zakład ten jako przedsiębiorstwo monopolistyczne podlega ostatnio silnej krytyce, wskutek czego rząd szwajcarski powołał komisję ekspertów, złożoną z wybitnych osobistości z dziedziny prywatnej asekuracji w celu, jak mówi rząd, „zbadania całej gospodarki zakładu i doprowadzenia o ile możności do potanienia i polepszenia jego działalności".

Obok wspomnianych publiczno-prawnych zakładów istnieje jeszcze cały szereg innych państwowych, kantonalnych i komunalnych organizacji dla zaspokojenia silnie rozwiniętej potrzeby ubezpieczenia Szwajcarów. Głównie dotyczy to ubezpieczeń socjalnych, jak np. prywatne ale korzystające z pomocy państwa i kantonów kasy chorych, kasy pensyjne i zapomogowe publicznej służby. W dziale ubezpieczeń życiowych istnieje w Szwajcarii tylko jeden państwowy zakład o charakterze kantonalnym, tj. „Caisse Cantonale d'Assurance Populaire" w Neûchatel. Działalność tego zakładu, oparta w zupełności na wzajemności, jest podobna do działalności prywatnych zakładów ubezpieczeń.

Ciekawy kompromis między prywatną i publiczno-prawną asekuracją został z konieczności znaleziony, o ile chodzi o szwajcarskie ubezpieczenia od gradobicia. Musiał być znaleziony dlatego, że żadna z obu grup nie interesowała się poważnie tym katastrofalnym działem ubezpieczeń. Trzeba jednakże zważyć, że w tej strefie geograficznej, w której leży Szwajcaria, ubezpieczenie od gradobicia odgrywa bardzo poważną rolę dla naszego silnie rozwiniętego rolnictwa. Po różnego rodzaju niepowodzeniach

fnansowych, wytworzył się z biegiem czasu zakład wzajemny „Szwajcarskie Towarzystwo Ubezpieczeń od Gradu”, który z jednej strony korzysta z ochrony i poparcia ze strony państwa i kantonów, z drugiej strony jednak działa według metod prywatno-ubezpieczeniowych i jest silnie reasekurowany w prywatnych szwajcarskich zakładach reasekuracyjnych.

Dziś panuje w Szwajcarii ogólnie zdanie, że obecny stosunek między publiczną i prywatną asekuracją utrzyma się bez zmiany, o ile nie nastąpią nieprzewidziane i rewolucyjne wydarzenia. Tak jak nie można się spodziewać, by dziś asekuracja prywatna odzyskała to, co w dziedzinie ubezpieczeń zostało upaństwowione, gdyż to, co raz uchwalił naród szwajcarski, z gruntu konserwatywny, bardzo trudno jest zmienić, tak też i mało jest dziś widoków na to, by publiczno-prawna asekuracja została rozszerzona. W ostatnich latach w dwu kantonach, w których ubezpieczenia budynkowe nie zostały jeszcze upaństwowione, odbyły się w tym względzie plebiscyty; w obydwu znaczną większością wypowiedziano się przeciwko upaństwowieniu. Obecnie w jednym szwajcarskim kantonie znajduje się wniosek upaństwowienia ubezpieczenia mobiliarnego. Co do plebiscytu, który ma się w tej sprawie wkrótce odbyć, przepowiada się, jeżeli oznaki nie mylą, już teraz taki sam negatywny wynik głosowania. Ten obecny antyetatystyczny prąd znajduje swoje uzasadnienie nie tyle w niezadowoleniu z publiczno-prawnej asekuracji, ile w powszechnej reakcji opinii publicznej w stosunku do ograniczeń państwowych krępujących zbyt długo życie gospodarcze w czasach wojennych i powojenych. „Ohne Monopöler — ist dem Schweizer wöhler” (bez monopolu jest Szwajcarowi lepiej). Pod tym hasłem zdobyli podczas ostatnich wyborów parlamentarnych pokaźną liczbę głosów przedstawiciele odradzającego się liberalizmu gospodarczego. Zasługuje też na uwagę ta okoliczność, że niedawno mienie państwa szwajcarskiego, którego państwo dotychczas nie ubezpieczało (tak zwane własne ubezpieczenie), zostało ubezpieczone w prywatnych zakładach ubezpieczeń (są to tzw. ubezpieczenia mienia państwowego).

O istniejących w Szwajcarii stosunkach między publiczno - prawną i prywatną asekuracją można to jedno powiedzieć, że sfera działania jest wyraźnie rozdzielona: albo wyłącznie publiczno-prawne przymusowe ubezpieczenie z monopolem, albo wyłącznie prywatne ubezpieczenie. Pomijając kilka mniejszych kantonów, jest wykluczona taka konkurencja między publiczno-prawną i prywatną asekuracją, jaka ma miejsce w wielu innych krajach, stanowiąc tam często przedmiot walki stronnictw politycznych.

Na zakończenie rozdziału o stosunkach między publiczno-prawną a prywatną asekuracją przedstawię następujące cyfry dla ogólnej orientacji: ogólna opłata narodu szwajcarskiego na prywatną i publiczno-prawną asekurację wynosiła w roku 1934, przy liczbie ludności okrągło 4 miliony, około 730 milionów franków szw. Z tego przypada około:

Frs.	360.000.000.—	na zakłady prywatne,
„	90.000.000.—	„ „ publiczne,
„	78.000.000.—	„ ubezpieczenia chorobowe,
„	143.000.000.—	„ kasy pensyjne państwowe, kantonalne i gminne,
„	59.000.000.—	„ ubezpieczenia od bezrobocia.

Interesujące są również cyfry dotyczące szwajcarskich ubezpieczeń życiowych: na 4 miliony ludności przypada jeden milion polis, 4 miliardy sumy ubezpieczenia i ¼ miliarda składki.

Należy również zauważyć, że w roku 1886 ze zbioru składki zakładów prywatnych przypadało 43% na zakłady zagraniczne pracujące w Szwajcarii, podczas gdy w roku 1934 tylko jeszcze 3%. Widać z tego jak także w Szwajcarii skoncentrowało się zainteresowanie ubezpieczeniami coraz bardziej u towarzystw ubezpieczeń mających siedzibę w kraju. Proces ten doznał przyspieszenia wskutek wojny oraz w czasach powojennych.

W ostatnich latach zarówno prywatne jak i kantonalne zakłady ubezpieczeń zajęły się problemem ubezpieczeń elementarnych, mających specjalne znaczenie dla Szwajcarii z powodu jej położenia geograficznego, geologicznego i klimatycznego. Wszak rok rocznie takie wydarzenia, jak powodzie, lawiny, huragany, obrywanie się skał, obsunięcia się ziemi itp. niszczą wartości w wysokości wielu milionów franków (chodzi tu więc tylko o ubezpieczenie od szkód spowodowanych wydarzeniami żywiołowymi, elementarnymi, w przeciwieństwie do normalnych działów ubezpieczeń szkodowych, jak np. ubezpieczenia od ognia, dla których niekiedy przyjęła się także nazwa ubezpieczeń elementarnych).

Obecnie rozpoczęły się dokładne badania statystyczne dotyczące wydarzeń elementarnych i ich meteorologicznych i geologicznych podstaw. Specjalnie zasłużył się pod tym względem dyrektor kantonalnego Związku Reasekuracynego. W wyniku swych studiów wydał on niedawno dzieło pod tytułem: „Elementarschäden und Versicherung". Dzieło to mogę polecić każdemu, kto chce studiować problem ubezpieczeń od szkód elementarnych.

Udzielane przez kantonalne i prywatne zakłady ubezpieczeń od ognia w związku z ubezpieczeniem ogniowym odszkodowania za szkody elementarne pokrywają tylko szkody w budynkach i ruchomościach; wyłączone są narazie szkody w kulturach, dla których przy współpracy państwa, rozporządzającego do tego celu specjalnymi środkami, będzie znalezione wcześniej lub później specjalne rozwiązanie. Specjalnej składki za ubezpieczenie od szkód elementarnych na razie nie pobiera się od ubezpieczających; na razie jest ona pokrywana w składce ogniowej; natomiast odszkodowanie jest ograniczone franszyzą, stosowanym udziałem własnym ubezpieczającego oraz zlimitowaniem kwotowym na ryzyko i na wydarzenie szkodowe. Prywatne zakłady na razie wyraźnie uznały, że odszkodowania z tytułu szkód elementarnych nie są ubezpieczeniami lecz dobrowolnymi świadczeniami, a do sfinansowania doprowadziły po części drogą odpowiednich funduszów na szkody elementarne, po części zaś drogą utworzenia specjalnego pool'u reasekuracyjnego obejmującego towarzystwa i ich reasekuratorów. Kantonalne zakłady ze swej strony zastrzegły sobie ustawowo prawo pobierania specjalnej składki elementarnej. Z prawa tego jednak został zrobiony użytek tylko w 2 wypadkach; muszą one jednak płacić do swego Związku Reasekuracyjnego odpowiednią składkę na pokrycie ryzyka elementarnego. Żywot ubezpieczeń od szkód elementarnych jest jeszcze za krótki, aby można się było oprzeć na dotychczas zdobytych doświadczeniach, a to ze względu na katastrofalny charakter ubezpieczeń od szkód elementarnych. Wśród prywatnych zakładów panuje powszechnie pogląd, że dotychczas wypłacone odszkodowania przewyższają przewidywane sza-

cunki; pochodzi to jednakże głównie stąd, że zaraz pierwszy rok 1935 stał pod znakiem bardzo ciężkich szkód elementarnych; zwłaszcza na wiosnę spowodowały lawiny niewspółmiernie wiele zniszczenia w górskich dolinach (wydarzenie szkodowe nieznane na szczęście w Szwecji, albo też tylko bardzo mało znane). Z natury rzeczy należy się też z tym liczyć, że cyfry statystyczne, będące podstawą wprowadzenia ubezpieczeń od szkód elementarnych, muszą być mniej lub więcej niepewne z tego powodu, że po wprowadzeniu danego działu ubezpieczeń, jak to wykazało doświadczenie, wzrastają zgłoszenia szkód.

Ubezpieczenie od szkód elementarnych i jego rzeczowy podział między towarzystwo ubezpieczeń a reasekuratora, tak jak on został dokonany w Szwajcarii, jest z pewnością na razie tylko początkiem i wymaga dalszych studiów i dalszej rozbudowy. Ale w każdym razie jest to już bardzo poważny początek w dziedzinie, która dotychczas uchodziła za nienadającą się do ubezpieczenia i która dla takiego kraju, jak Szwajcaria, ma duże znaczenie z punktu widzenia gospodarstwa narodowego. Wkrótce jednakże trzeba będzie przystąpić do zagadnienia odpowiedniej technicznej taryfikacji, gdyż w przeciwnym razie ubezpieczenie od szkód elementarnych byłoby zbyt wielkim ciężarem dla szwajcarskich ubezpieczeń ogniowych, będących podstawą dla ubezpieczeń od szkód elementarnych.

Z końcem września ubiegłego roku rząd szwajcarski uchwalił dewaluację waluty szwajcarskiej o blisko 30% dla dostosowania się do złotych walut krajów zachodnich. Uchwała ta zaskoczyła szerokie koła szwajcarskiej asekuracji, mimo że już od pewnego czasu zastanawiano się nad tym, w jaki sposób Szwajcaria znajdzie w końcu wyjście z jej gospodarczego „splendid isolation". Nie tu miejsce na bliższe omówienie przyczyn, które by uzasadniały zajęcie stanowiska w dobrej wierze za dewaluacją albo przeciwko dewaluacji. Zrozumiałą jest rzeczą, że przeciwnicy dewaluacji znajdowali się w pokaźnej liczbie również w kołach szwajcarskiej asekuracji, szczególniej z działu ubezpieczeń na życie, ponieważ tu obawiano się, że dewaluacja zaszkodzi idei ubezpieczenia i wpłynie także niekorzystnie na międzynarodowe znaczenie szwajcarskiej asekuracji. O ile już dziś można sobie pozwolić na sąd, to te obawy okazują się po większej części jako nieuzasadnione. Na interes szwajcarski dewaluacja dotychczas albo zupełnie nie oddziałała, albo tylko w nieznacznej mierze, pomijając początkowe i tylko częściowe zahamowanie akwizycji w dziale ubezpieczeń na życie. O ile chodzi o interes zagraniczny szwajcarskich towarzystw, to interes ten przeważnie opiewa na walutę oryginalną danego kraju, wskutek czego dla zagranicznych ubezpieczonych nie powstały żadne jakiekolwiek straty z dewaluacji franka szwajcarskiego, pomijając kwestię dewaluacji ich własnej waluty krajowej. Na szwajcarski rolny interes ogniowy winnaby dewaluacja wpłynąć nawet dodatnio ze względu na zdarzające się tu nadubezpieczenia i tendencję do szkód spekulacyjnych. Biorąc pod uwagę konserwatywną politykę bilansową szwajcarskich towarzystw, które w ciągu lat odpisywały odpowiednio w swych bilansach każdą dewaluację zagranicznych walut, możnaby sądzić, że dewaluacja własnej waluty krajowej odbije się korzystnie w bilansach i sprowadzi do normalnego poziomu odsetek kosztów administracyjnych, ostatnio stale wzrastający. Jest

jednakże rzeczą zrozumiałą, że wszystkie te skutki występują w różnym stopniu w zależności od bilansowej sytuacji w poszczególnym przypadku.

Szwajcarska asekuracja i reasekuracja były do pewnego stopnia słusznie dumne ze stabilizacji waluty szwajcarskiej w związku z tym, że stopniowo z górą 90% państw świata posiadało walutę zdewaluowaną. Jednakowoż po przejściu najbardziej bezsensownej ze wszystkich wojen i po hipertrofii czasów powojennych dewaluacja waluty stała się niejako przeznaczeniem świata. Toteż zagranica powinna zrozumieć, że mała i w środku Europy położona Szwajcaria musiała się wreszcie w ten lub inny sposób do tego problemu dostosować. Należy sobie życzyć, by to tak ważne postanowienie naszego rządu było połączone z błogosławionymi skutkami dla naszego gospodarstwa narodowego, tak jak to można zaobserwować od pewnego czasu w Szwecji. Na szczęście pewne oznaki w tym względzie dadzą się już zaobserwować. Jest jednak bardzo możliwe, że dewaluacja franka szwajcarskiego i jej wpływ na nasz rynek pieniężny i kapitałowy wywoła do pewnego stopnia te same problemy, przed którymi obecnie znajdują się szwedzkie towarzystwa ubezpieczeń na życie; mam na myśli problemy wynikające ze spadającej stopy procentowej i z braku odpowiednich lokat. Toteż szwajcarskie towarzystwa ubezpieczeń na życie były wdzięczne za wygłoszony, jak już wspominałem na ten temat w Szwajcarii, odczyt przez tak miarodajną osobę jak dyrektor szwedzkiego Urzędu Nadzoru. Być może, że problemy te nie wpłyną u nas w tak ostrym stopniu jak w Szwecji wskutek tego, że struktura gospodarcza Szwajcarii jest pod wieloma względami inna, niż struktura gospodarcza w Szwecji.

Wspomniałem już o tym, że prywatna asekuracja szwajcarska obok zaspakajania potrzeb na krajowym rynku ubezpieczeniowym i reasekuracyjnym, zwracała szczególniej swą uwagę na *interes zagraniczny*. Geograficzne położenie naszego kraju, stabilizacja jego politycznych, prawnych i gospodarczych stosunków, jego neutralność polityczna pośród niespokojnego kontynentu europejskiego, przedsiębiorczość jego obywateli rozciągająca się na zagranicę (poza Szwajcarią na świecie przebywa przeszło 10% szwajcarów), — to są czynniki, oprócz wielu innych jeszcze, które sprawiają, że Szwajcaria nadaje się specjalnie dla przedsiębiorstw o międzynarodowym charakterze. O ile chodzi o prywatną asekurację, dochodzi do tego jeszcze w szczególności mały obszar kraju i konieczność międzynarodowej wymiany ryzyk, zważywszy przy tym, że już i tak część szwajcarskiego interesu ubezpieczeniowego jest zagarnięta przez czynnik publiczno - prawny. Toteż już sam interes zagraniczny szwajcarskich towarzystw ubezpieczeń wynosi około 40% ich ogólnego interesu, a w przybliżeniu około 90% interesu szwajcarskich towarzystw reasekuracyjnych pochodzi z zagranicy. We wszystkich prawie głównych krajach Europy, a częściowo także i w Ameryce i na Dalekim Wschodzie, pracują wielkie szwajcarskie towarzystwa ubezpieczeń od ognia, od wypadków, transportowe i życiowe; w dziale ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej szwajcarskie towarzystwa prowadziły zagranicą niejednokrotnie działalność pionierską. O szwajcarskiej reasekuracji można bez przesady powiedzieć, że chyba nie ma kraju na kuli ziemskiej, poza Rosją Sowiecką, gdzieby jej nie było. Szwajcarska reasekuracja posiadała dawniej także i w Rosji poważny interes, ale dziś między Rosją Sowiecką i Szwajcarią nie istnieją

nawet stosunki dyplomatyczne. Częstokroć spotyka się zagranicą mylne wyobrażenia o rozmiarach finansowego udziału szwajcarskich towarzystw asekuracyjnych i reasekuracyjnych w zagranicznych towarzystwach asekuracyjnych. O ile chodzi o interes zagraniczny szwajcarskich towarzystw asekuracyjnych, to w przeważnej części towarzystwa te posiadają w różnych krajach swoje własne organizacje, a tylko w nielicznych przypadkach specjalne towarzystwa afiliowane. Co się tyczy zaś interesu zagranicznego szwajcarskich towarzystw reasekuracyjnych, to interes ten jest również i w głównej mierze pozyskiwany drogą normalnych stosunków reasekuracyjnych, bez finansowego opanowania towarzystw asekuracyjnych. Pomijając kilka wypadków specjalnej natury, grupa szwajcarskich towarzystw reasekuracyjnych starała się o ile możności unikać finansowego pozyskiwania towarzystw asekuracyjnych, a to ze względu na swoje liczne i długoletnie stosunki z towarzystwami asekuracyjnymi różnych krajów. Stosuje ona tę politykę dziś bardziej niż kiedykolwiek i spodziewa się, że nie będzie zmuszona do jej zaniechania wskutek przeciągnięcia struny, o ile chodzi o żądania kontralimentu, warunki reasekuracyjne i autarkię. Posiadanie narodowych i od zagranicy finansowo niezależnych towarzystw ubezpieczeń wynika z ducha obecnych czasów i jest z pewnością pod niejednym względem godnym uznania celem. Uwzględniając w zupełności duże znaczenie rodzimej i narodowej asekuracji, należy się jednakże strzec przed popadnięciem w ciasny i ograniczony nacjonalizm, znajdujący się niestety dziś na porządku dziennym właśnie w tych krajach, które przed laty z braku dostatecznych rodzimych kapitałów korzystały z pomocy zagranicznych towarzystw asekuracyjnych i reasekuracyjnych. Powiedziałem już, że szwajcarskie towarzystwa reasekuracyjne przyjmowały stosunkowo tylko w bardzo skromnym rozmiarze finansowy udział w zagranicznych towarzystwach ubezpieczeń; mniej to dotyczy udziału w towarzystwach reasekuracyjnych. Szwajcarska reasekuracja wybudowała sobie różne punkty oparcia w krajach europejskich i zamorskich, w podobny sposób jak szwajcarskie przedsiębiorstwa przemysłowe i finansowe, pracujące w skali międzynarodowej. Byłoby prawie niemożliwością poznawać interes światowy i nim kierować z jednego punktu centralnego, nawet gdyby on był położony w samym środku Europy, w czasie, który znamionują niezliczone polityczne i gospodarcze prądy i tarcia i związane z tym ustawy i przepisy państwowe. Często narodowe i autarkiczne prądy zmuszają do tego, by pewne stosunki i interesy były utrzymywane za pośrednictwem instytucji afiliowanych. Przy tym zawód tak asekuracyjny jak i reasekuracyjny, jak żaden inny, wymaga indywidualnych metod pracy i osobistego czuwania nad stosunkami łączącymi interesentów. Tej też okoliczności odpowiada wspomniana decentralizacja.

W związku z moimi uwagami o krajowej i zagranicznej działalności ubezpieczeniowej, przypuszczam, że będzie interesować wiadomość, że reasekuracja szwajcarska już od wielu lat prowadzi statystykę wyników ubezpieczeń według krajów, podzieloną na wyniki krajowych i zagranicznych cedentów każdego kraju. Statystyka ta wykazuje uderzającą regularność na korzyść jakości interesu towarzystw krajowych. Zjawisko to jest łatwo zrozumiałe. Portfele towarzystw zagranicznych w porównaniu z portfelami towarzystw krajowych są mniej wyrównane i po części składają się z gorszych ryzyk o gorszych warunkach, a w pewnych krajach są

wybitnie interesem giełdowym i maklerskim. Towarzystwa reasekuracyjne, pracujące w skali międzynarodowej, mają do spełnienia zadanie leżące w interesie narodowej asekuracji, które polega na przekonywaniu cedentów, by wycofywali się z nieproduktywnych portfeli zagranicznych. W poszczególnych przypadkach nie będzie to zadanie łatwe, zwłaszcza tam, gdzie takie niekorzystne portfele stanowią część ogólniejszej umowy „General Foreign", która w całości przynosi reasekuratorowi dobre wyniki.

Zbiór składki brutto szwajcarskich towarzystw reasekuracyjnych osiągnął swój punkt szczytowy w roku 1930, w którym wynosił około 496 milionów franków, ażeby potem spaść w roku 1934 do około 290 milionów franków. W tym silnym spadku jest widoczny w pierwszej linii wpływ spadku walut zagranicznych wobec pozostającego na dawnym parytecie złota franka szwajcarskiego. Spadek ten będzie bez wątpienia w przyszłości w dużej części wyrównany wskutek dewaluacji również waluty szwajcarskiej z sierpnia roku ubiegłego. Po części spadek ten wynikał jednak także z ogólno-gospodarczego kurczenia się ubezpieczonych wartości, które to kurczenie się tylko bardzo powoli może być wyrównane procesem odwrotnym; po części jednak jest to skutkiem autarkii zastosowanej w różnych krajach wobec reasekuracji zagranicznej oraz innych tendencji ograniczających, które to tendencje zmierzają do tego, by reasekuracja nie wychodziła poza granice swojego kraju macierzystego i by był wstrzymany tak zwany odpływ składek reasekuracyjnych zagranicę. Przy całym zrozumieniu wysiłków podjętych przez rządy w celu uporządkowania finansowej i gospodarczej sytuacji ich krajów, nie można jednakże nie zająć stanowiska wobec przeceniania wpływu reasekuracji na bilans płatniczy poszczególnych krajów. Pod tym względem istnieją niejednokrotnie przesadne wyobrażenia i brak uwzględnienia tego, że bilans płatniczy danego kraju jest obciążony najwyżej różnicą między składką reasekuracyjną z jednej strony, a z drugiej strony szkodami, prowizjami, depozytem rezerwy składki, udziałami w zyskach i innymi bonifikatami reasekuratora. Ale nie tylko to. Reasekurator musi w każdej chwili liczyć się z tym, że będzie musiał płacić duże szkody w przeciągu bardzo krótkiego terminu, toteż musi on posiadać poważne sumy na rachunku w bankach we wszystkich tych krajach, w których pracuje; sumy te zaś nie mają żadnego wpływu na bilans płatniczy. Zasadą polityki szwajcarskich towarzystw asekuracyjnych i reasekuracyjnych jest, by sprostać zobowiązaniom międzynarodowym drogą posiadania odpowiednich płynnych lokat międzynarodowych.

Dużo już mówiło się i pisało o gospodarczym znaczeniu międzynarodowej reasekuracji i jej funkcji, polegającej na wytworzeniu możliwie najlepszego międzynarodowego wyrównania ryzyk. Szczególniej porusza się ten temat w ostatnich latach w związku z tendencjami narodowej autarkii reasekuracyjnej. W obrębie kół fachowych z pewnością nikt nie będzie mógł zaprzeczyć, że międzynarodowa reasekuracja przyczyniła się w dużej części do rozwoju ubezpieczeń w różnych krajach. Właśnie studium operacyj szwajcarskiej reasekuracji pracującej we wszystkich krajach świata, daje każdego roku jeden i ten sam obraz, z którego wynika, że zły przebieg szkodowości w jednym kraju jest kompensowany przez dobre wyniki w innych krajach.

Reasekuracja operująca w skali międzynarodowej wytwarza w ten sposób wyrównanie ryzyk nie tylko między towarzystwami, lecz także między krajami. Jeżeli nawet jest zupełnie możliwe i często spotykane, że jeden i ten sam kraj daje korzystne rezultaty w dłuższym okresie czasu, to trzeba się z tym liczyć, że wcześniej czy później rezultaty te się odmienią i że nastąpi okres przynoszący straty. To, że międzynarodowa reasekuracja może przyjąć na siebie okresy niekorzystne, wynika właśnie z natury jej działalności obejmującej cały świat. Z tego też powodu jest ona skazana na swobodny i nieograniczony obrót płatniczy, ale mimo to, że myśl ta jest z gruntu słuszną i przez koła fachowe wciąż podnoszoną, nie zdołano zapobiec temu, że w ostatnich latach cały szereg krajów zaczął dążyć świadomie do narodowej autarkii reasekuracyjnej oraz utrudnił niezliczoną ilością przepisów wolny obrót płatniczy z zagranicznym reasekuratorem. Ta nowa sytuacja wpłynęła na olbrzymie zwiększenie pracy dawniej nieznanej i wyłoniła nowe problemy dla szwajcarskich instytucji reasekuracyjnych. Na szczęście ich główny teren działalności znajduje się w krajach, które w stosunku do Szwajcarii mają jeszcze wolny obrót płatniczy oraz na szczęście szwajcarski rząd w najmniejszej mierze nie wprowadził utrudnień w obrocie płatniczym w stosunku do zagranicy w słusznym zrozumieniu międzynarodowego znaczenia szwajcarskiej asekuracji i reasekuracji; nie wprowadził takich ograniczeń nawet w stosunku do tych krajów, w stosunku do których byłyby uzasadnione zarządzenia wzajemne. Wskutek tego szwajcarskie instytucje reasekuracyjne mogą utrzymywać od dawna istniejące stosunki także z tak zwanymi krajami zablokowanymi, w nadziei na lepsze czasy. Niejednokrotnie projektowano włączenie również obrotu płatniczego z asekuracji i reasekuracji do tak zwanych umów clearingowych, jakie już istnieją między Szwajcarią i niektórymi krajami europejskimi dla obrotu towarowego. Jednakże ze względu na właściwości obrotów asekuracyjnych i reasekuracyjnych umowy clearingowe są tu zasadniczo niekorzystne, przy wyborze bowiem reasekuratora decydującym momentem jest pewność, że cedent może liczyć na natychmiastową płatność większych szkód. Dłuższy termin zwłoki, wynikający z umów clearingowych, utrudnia wypełnienie zobowiązań z umów ubezpieczenia, wskutek czego stosunki z reasekuratorem są narażone na szwank.

Szwajcarskie instytucje asekuracyjne cenią sobie to wysoko, że ich dawne stosunki z krajami północnymi wyszły z tych długich lat kryzysowych nienaruszone i korzystają z pełnej swobody. To zobowiązuje. Toteż szwajcarscy reasekuratorzy pozostaną wierni swoim przyjaciołom północnym także w czasach niekorzystnego przebiegu interesu. Co prawda także w krajach północnych daje się odczuwać tendencja do pewnego odsunięcia się od kontynentalnego rynku reasekuracyjnego. Tendencja ta ujawnia się po tej samej linii, na jakiej jest zorganizowana reasekuracja życiowa w północnych krajach, przy czym daje się ona świeżo odczuwać i w innych działach ubezpieczeń. Dla mnie, który w ciągu licznych podróży poznałem i nauczyłem się cenić północne kraje i narody, są zrozumiałe psychiczne przesłanki tej współpracy krajów północnych, jak również i to, że kraje północne czują się najlepiej w ich własnej Skandynawskiej Lidze Narodów, skoro genewska instytucja nie zdołała rozwiązać tego całego nad krajami kontynentu ciążącego splotu zagadnień politycznych i gospo-

darczych. Sądzę jednak, że szwajcarscy przyjaciele reasekuracyjni żałowaliby szczerze, gdyby te przesłanki wpłynęły ujemnie na ich od dawna istniejące stosunki z krajami północnymi. Do wyrażenia tego skłaniają mnie z pewnością nie tylko materialne interesy reasekuracyjne, lecz również prawdziwe uczucia przyjaźni i sympatii, które my, Szwajcarzy, odczuwamy dla narodów skandynawskich, tak nam bliskich, o ile chodzi o charakter i zapatrywania.

Według sprawozdania szwajcarskiego Urzędu Nadzoru, około ⅓ zbioru składki brutto szwajcarskich instytucji reasekuracyjnych jest oddawane w retrocesję, to znaczy jest reasekurowane dalej. Uwzględniając finansową potęgę szwajcarskich instytucji reasekuracyjnych, ta retrocesja jest niestosunkowo wysoka, przy czym odpływa ona wyłącznie za granicę. Nie ulega wątpliwości, że względy techniczne nie wymagają retrocesji w takiej wysokości. Pochodzi to stąd, że w ostatnich latach szwajcarskie instytucje reasekuracyjne otrzymywały od wszystkich cedentów wciąż i wciąż tak zwane żądania kontralimentu, czyli interesu wzajemnego. Pod naciskiem kosztów, kurczenia się wartości, podlegających ubezpieczeniu i narodowych dążeń autarkijnych, zakłady ubezpieczeń zaczęły w ostatnich latach stosować stopniowo metodę wymiany umów reasekuracyjnych za kontraliment. Skłonił ich do tego również, co jest rzeczą zrozumiałą, częściowo korzystny przebieg szkodowości poszczególnych działów ubezpieczeń. Mimo że szwajcarskie instytucje reasekuracyjne wykazały zrozumienie dla żądań zakładów ubezpieczeń, to jednakże jest łatwo zrozumiałe, że o ile możności przed tym się bronią, co wynika z ich charakteru zawodowych reasekuratorów. Naczelne zadanie zawodowego reasekuratora polega w pierwszej linii na tym, że dostarcza on zaprzyjaźnionym kontrahentom wiernej i stałej gwarancji w dobrych, jak i złych czasach, oraz że wyświadcza on im jeszcze różne inne przysługi; nie może być jednakże jego zadaniem dostawa składki w większym rozmiarze, gdyż dla niego reasekuracja jest celem w sobie i nie może on czerpać zachowków z własnego interesu bezpośredniego. Przy tym stosunek reasekuracyjny, zbudowany na wzajemnej wymianie interesów, ma za podstawę coraz bardziej wzajemne momenty rozrachunkowe, a nie potrzebę gwarancji reasekuracyjnej na dłuższą metę.

Zdaję sobie jednak sprawę z tego, że w kwestii tak wyraźnie materialnej natury, jaką jest kwestia wzajemnej wymiany interesów, teoretyczne rozważania w ostateczności nie mają żadnego dużego znaczenia. Tego rodzaju problemy znajdują najlepsze rozwiązanie przy działaniu ekonomicznego prawa podaży i popytu i na podstawie poczynionych przy tym praktycznych doświadczeń. O ile w następstwie silnego spadku zbioru składki z jednej strony i nadmiernego napięcia warunków reasekuracyjnych z drugiej strony okaże się w najbliższym czasie wątpliwą rentowność niejednej umowy reasekuracyjnej, o ile dalej będzie się musiało doświadczyć na własnej skórze, że na kontralimencie można także stracić dużo pieniędzy z uszczerbkiem własnego interesu bezpośredniego i wreszcie o ile polityczne i gospodarcze stosunki na międzynarodowym rynku asekuracyjnym i reasekuracyjnym będą coraz bardziej nieprzejrzyste i skomplikowane, zwłaszcza dla tego, kto nie rozporządza odpowiednią organizacją międzynarodową, to o tyle prawdopodobnie stracą na sile tendencje do

rozbudowy wymiennego interesu reasekuracyjnego także tam, gdzie dziś reasekuracja opiera się zbytnio na tych tendencjach. Jeżeli w ten sposób dałem nieco wyraz uczuciom osobistym z punktu widzenia zawodowego reasekuratora, to proszę tego nie brać jako krytyki, skierowanej pod adresem krajów północnych. Wprost przeciwnie, chciałem oświadczyć, że szwajcarska reasekuracja znajdowała stale wiele zrozumienia dla tego punktu widzenia u towarzystw z krajów północnych, w których charakterze leży tak wybitne poczucie tradycji.

Do pewnego stopnia ujemny wpływ na rozmiar interesów szwajcarskich instytucji reasekuracyjnych miały także umowy reasekuracyjne systemu ekscedentu szkód, bądź to dlatego, że instytucje szwajcarskie zajmują stanowisko negatywne w stosunku do takich umów i wskutek tego tracą ten lub inny stosunek reasekuracyjny, bądź też dlatego, że godząc się w niektórych działach i w specjalnych przypadkach na tę nową formę ubezpieczenia, otrzymują w związku z tym silne zmniejszenie zbioru składki. Pan dyrektor Kalderer z Towarzystwa „Skandia" słusznie twierdził w swoim interesującym odczycie „O reasekuracji w teorii i w praktyce", wygłoszonym w tym samym kole w roku 1935, że zawodowe instytucje reasekuracyjne mało mogą powiedzieć na korzyść tej nowej formy pokrycia reasekuracyjnego; rozumieją one z pewnością okoliczności, które czynią tę formę pokrycia sympatyczną dla zakładu ubezpieczeń, mianowicie: bezsprzeczną oszczędność na kosztach manipulacji i zupełnie pewne ustalenie przyszłej maksymalnej wysokości rocznej sumy odszkodowań na rachunek zakładu ubezpieczeń. Dla reasekuratora jednak wynikają z natury rzeczy wprost odwrotne czynniki, mianowicie zwichnięcie stosunku między kosztami administracyjnymi a silnie zredukowanym zbiorem składki, oraz nieustalone a nawet nieobliczalne skoki w wysokości szkód na jego rachunek. Jednakże jako główną wątpliwość widzę to, że pod ochroną reasekuracji systemem ekscedentu szkód zostają zachwiane taryfy, sumy maksymalne, selekcja ryzyk i że w ten sposób zostają podkopane podstawy ubezpieczeń, a to dotyczy obu — tak zakładu ubezpieczeń, jak i reasekuratora. Trzeba przyznać, że pokrycie systemem ekscedentu szkód nie jest jeszcze wypróbowane w dostatecznie długim okresie czasu i że wskutek tego dziś nie można jeszcze sobie pozwolić na wydanie definitywnego sądu o praktycznym znaczeniu tegoż, zwłaszcza pozostaje otwartą kwestia, co się dzieje w razie kumulacji katastrof z umów zawartych systemem ekscedentu szkód, w którym to wypadku reasekurowane towarzystwa z pewnością byłyby zagrożone wypowiedzeniem umów. Możliwym jest również, że pokrycie według systemu ekscedentu szkód będzie się przedstawiało dla reasekuratora w łagodniejszym świetle w niektórych bardziej nadających się do tego działach ubezpieczeń, o ile kiedyś wreszcie zapanują bardziej ustabilizowane stosunki walutowe. W każdym razie obecnie stanowisko przezornego reasekuratora w stosunku do tego systemu pokrycia nie może być inne, jak tylko bardzo wstrzemięźliwe, albo nawet negatywne.

Szwajcarskie kantonalne zakłady ubezpieczeń budynkowych od ognia, posiadające jednorodny skład portfelu, wybrały ten system pokrycia reasekuracyjnego rocznego ekscedentu szkód i to tylko w połączeniu z większą

czystą kwotą reasekuracyjną całego portfelu. System ten został zastosowany przez zakłady kantonalne w ich własnym Związku Reasekuracyjnym.

W odczycie moim poruszyłem szkicowo tylko najważniejsze kwestie ze szwajcarskiej asekuracji i reasekuracji. Oczywiście dałoby się powiedzieć jeszcze o wiele więcej, gdyż międzynarodowy charakter asekuracji i reasekuracji wpływa na to, że aktualne kwestie i problemy innych krajów są również w mniejszej lub większej mierze naszymi. Możnaby więc np. poruszyć te ważne kwestie, przed którymi została postawiona *niemiecka* asekuracja i reasekuracja w ramach planu czteroletniego, w związku z sytuacją dewizową *Niemiec*. Kwestie te rzucają swoje fale również i do Szwajcarii, która od dawna posiada bardzo rozgałęzione stosunki z niemiecką asekuracją. To samo dotyczy *Francji*, gdzie pod naciskiem wewnętrzno-politycznych stosunków znowu staje się przedmiotem dyskusji kwestia upaństwowienia francuskiej asekuracji i reasekuracji. Od naszego sąsiada południonego, *Italii*, z którą nas łączą w dziedzinie asekuracji bardzo stare i przyjazne stosunki, wypływają od lat problemy pozostające w związku z przeobrażeniem jej narodowej polityki gospodarczej. W państwach *naddunajskich* i państwach *wschodnich* i dalej poprzez państwa *bałkańskie* — aż do *Dalekiego Wschodu* czekają na rozwiązanie wszystkie te problemy, które ujawniły się na skutek załamania się „Phönix'a" i na skutek zaostrzonej ingerencji państwa w dziedzinie ubezpieczeń, nie we wszystkich wypadkach dającej się określić jako pożyteczna. W krajach jak: *Skandynawia, Anglia* i *Ameryka,* gdzie krzywa życia gospodarczego idzie ku górze, obserwujemy mimo wszystkich jasnych stron, że tak ważny dział, jakim jest dział ubezpieczeń od ognia, będzie miał bezsprzecznie do czynienia ze wzrastającą szkodowością. Nie można wreszcie pominąć katastrofy *hiszpańskiej* wojny domowej, gdzie nie mówiąc już o tym, co nas przejmuje z punktu widzenia ogólno-ludzkiego, zostały także zadane ciężkie rany kwitnącej asekuracji. Szwajcarskie instytucje asekuracyjne i reasekuracyjne, które w tym nieszczęśliwym kraju miały poważny interes, zostały wskutek tego postawione przed nowymi zadaniami.

Jednakże dla nas, ludzi gospodarczo czynnych, problemy i trudności są po to, by je opanowywać. Możemy to wszyscy śmiało przyznać, że ta gałąź życia gospodarczego — asekuracja i reasekuracja — w przeważnej części krajów okazała się jedną z najbardziej odpornych poprzez długie lata kryzysu i że tu stosowano zawsze solidne zasady działalności.

Niech mi wolno będzie na koniec wymienić wielki atut natury idealnej, związany z naszym zawodem: zawód nasz daje możność poznania i ocenienia, poza własnym, także innych krajów i narodów. Tę idealną stronę szczególniej będzie umiał cenić sobie ten, kto jak ja, ma możność przynajmniej raz do roku odwiedzać państwa północne. Prezydent i były dyrektor Szwajcarskiego Towarzystwa Reasekuracyjnego, p. dr Charles Simon, w odczycie swoim, wygłoszonym w kole Szwajcarskich Towarzystw Ubezpieczeń na temat „Obrazy i postacie minionych czasów", poświęcił następujące słowa swoim skandynawskim wspomnieniom:

„Niech nikogo nie zdziwi to, że wiele mówię o przyjaciołach i to o przyjaciołach, którzy przedstawiali coś innego i coś więcej niż przyjazny stosunek handlowy. Zdobywanie i utrzymywanie przyjaciół poprzez granice i morza jest, że się tak wyrażę, nobile officium reasekuratora, będące równocześnie dla niego źródłem przyjemności i rozkoszy, jakie tylko może dać duchowe obcowanie z interesującymi ludźmi, jak również wypoczynkiem podczas wielu podróży, związanych z tym zawodem. Przywilej zdobywania i kultywowanie cennych przyjaźni jest w moich oczach piękną stroną trudnej i często cierniami usłanej działalności reasekuratora".

Takimi słowami mojego prezydenta, do których się z własnego doświadczenia i z pełnym przekonaniem przyłączam, kończę mój dzisiejszy odczyt.

Dr H. Grossmann.

FELIKS KRONSTEIN, Adwokat.

FRANCUSKA USTAWA Z DNIA 13 LIPCA 1930 R. O UMOWIE UBEZPIECZENIA.

UWAGI OGÓLNE.

I.

Badając ustawodawstwo różnych krajów, widzimy, że prawo ubezpieczeniowe ujęte zostało w trzy odmienne formy, a mianowicie:

A) w postaci specjalnych ustaw:
1) Luksemburg — z dn. 10 maja 1891 r.;
2) Szwajcaria — z dn. 2 kwietnia 1908 r.;
3) Niemcy — z dn. 30 maja 1908 r.;
4) Grecja — z dn. 31 stycznia i 20 marca 1910 r.;
5) Austria — z dn. 23 grudnia 1917 r.;
6) Jugosławia — wspomniana ustawa austriacka z 1917 r.;
7) Szwecja — z dn. 8 kwietnia 1927 r.;
8) Chiny — z dn. 30 grudnia 1929 r.;
9) Rumunia — z dn. 4 lipca 1930 r. (uprzednio jako osobny dział Kodeksu Handlowego z 1887 r.);
10) Dania i Norwegia — z 1930 r.;
11) Czechosłowacja — z dn. 4 lipca 1934 r.

B) w postaci odnośnych działów Kodeksu Handlowego:
1) Belgia — K.H. z roku 1874; Księga I. Rozdziały X i XI;
2) Węgry — K.H. z roku 1875;
3) Włochy — Codice di Commercio z roku 1882; Art. Art. 417—453, oraz 604—641 (patrz również: Projekt prawa handlowego włoskiego z dn. 10 sierpnia 1925 r. Dział „O ubezpieczeniu" Art. Art. 452—489);
4) Hiszpania — K.H. z roku 1885;
5) Turcja — K.H. Dział XIII. Art. Art. 930 — 1015 (uprzednio jako ustawa z dn. 29 maja 1926 r.).

C) w postaci odnośnych działów Kodeksu Cywilnego:
1) Brazylia — K.C., ogłoszony rozporządzeniem z dn. 1 stycznia 1916 r. oraz 15 stycznia 1919 r. (Art. Art. 1432 — 1476);
2) Kanada;
3) Z.S.R.R. (Rosja) — K.C. z dn. 1 stycznia 1923 r. (Art. Art. 75, 97, 137, 164, oraz 367—415).

We Francji, poza ubezpieczeniami morskimi (Art. Art. 332—398 Kodeksu Handlowego francuskiego), korzystano tylko z praktyki, wytworzonej przez Zakłady Ubezpieczeń, oraz z judykatury, albowiem do dnia 13 lipca 1930 r. specjalnego prawa ubezpieczeniowego nie było.

II.

Pierwszy projekt specjalnego prawa opracowała Komisja pozaparlamentarna, powołana dekretem Ministra Handlu z dnia 2 maja 1902 roku.

Sprawozdawca generalny tej Komisji, profesor prawa Charles Lyon-Caen, złożył projekt ten za pośrednictwem M. Georges Trouillot, Ministra Handlu do Izby Deputowanych dnia 17 czerwca — 12 lipca 1904 r., gdzie rozpatrzyła go Komisja Prawnicza.

Projekt ten przeredagował w oparciu o prawo niemieckie i szwajcarskie, profesor prawa Hector Capitant [1]), a następnie i Association française des assurances sociales, po czym poprawki zgłosili: P. Dupuich w grudniu 1907 r. [2]), oraz Société d'études législatives (raport Darras'a); projekt ten uległ nieznacznym poprawkom w roku 1911.

W ten sposób powstał projekt prawa ubezpieczeniowego z roku 1920, utrzymujący zasadę „swobody umawiania się stron", zadaniem którego było: „de réduire le plus possible le nombre des dispositions impératives et prohibitives en ne se préoccupant que des abus graves et caractérisés" [3]). Projektu tego parlament nie rozpatrzył.

Dekretem Ministra Pracy z dn. 5 lipca 1924 r. powołana została do życia nowa Komisja pozaparlamentarna, w skład której weszli również i przedstawiciele różnych Zakładów Ubezpieczeń, zainteresowanych w reglamentacji tego prawa.

Komisja ta, pod przewodnictwem profesora prawa H. Capitant'a i przy udziale C. Ancey'a, sędziego Trybunału Handlowego Sekwany, oraz profesora prawa J. Hémard'a, korzystała w pracach swych z powołanego projektu 1904 roku i oparła się na zasadach prawa ubezpieczeniowego szwajcarskiego i niemieckiego oraz na judykaturze francuskiej lat ostatnich.

Tak powstał projekt prawa z roku 1925, złożony dnia 7 kwietnia tegoż roku Izbie Deputowanych, która wprowadziwszy, drobne zresztą, poprawki stylistyczne i redakcyjne, uchwaliła go na posiedzeniu 29 listopada 1926 r. (referat M. Lafarge'a).

Senat francuski przyjął ten projekt bez poprawek na posiedzeniu 8 lipca 1930 r., po czym został on opublikowany w Journal Officiel z dn. 18 lipca 1930 r., jako ustawa z dn. 13 lipca 1930 r.

III.

Ustawa francuska jest przejrzysta w redakcji oraz prosta i konkretna w strukturze. Idąc za wzorem szwajcarskim, prawodawca celowo unikał wszelkich abstrakcji, a co najgłówniej różnych definicji prawnych, pozostawiając to teorii prawa oraz judykaturze.

Prawodawca francuski nie szedł jednak ślepo za wzorami szwajcarskim i niemieckim, a w niektórych nawet wypadkach posunął się dalej, uznał bowiem, że przepisy ustawy są w zasadzie normami wią-

---

[1]) Bulletin de la Société d'études législatives. 1906 r., str. 530.

[2]) Patrz Journ. des Assur. z 1908 r. (str. 291 i 512) oraz z 1909 r. (str. 40, 89, 130, 188, 223, 281 i 334).

[3]) Sprawozdanie Lyon-Caen (str. 6).

żącymi, wobec czego wyjątki zostały w Art. 2 wyczerpująco wyliczone [4]).

Na uwagę zasługuje również i przepis Art. 8, gdzie ustawa wymaga, aby umowa ubezpieczenia napisana była pismem wyraźnym [5]).

Nie należy przypuszczać, że kodyfikacyjne prace przygotowawcze trwały we Francji zbyt długo [6]), bo prawa ubezpieczeniowego nie można stworzyć sztucznie lub narzucić — musi ono opierać się na zwyczajach, doktrynie i jurysprudencji, zebranych w ciągu długich lat.

Prawodawca francuski zrealizował tu zasadę twórców Kodeksu Napoleona, którą tak trafnie ujął Fenet: „L'office de la loi est de fixer, par des grandes vues, les maximes générales du droit, d'établir les principes féconds en conséquences et non de descendre dans le détail de question. C'est au magistrat et au jurisconsulte pénétrer d'esprit général des lois à en diriger l'application. C'est à la jurisprudence à combler successivement les vides que nous laissons. Les codes des peuples se font avec le temps, mais à proprement parler on ne les fait pas" [7]).

IV.

Ustawa z 13 lipca 1930 r. składa się z czterech tytułów, a mianowicie:

Tytuł I. O ubezpieczeniach w ogólności (Art. 1—27), podzielony na 4 działy:

Dział 1. Przepisy ogólne (Art. 1—7);

Dział 2. O dowodzie umowy ubezpieczenia, o formie i o przeniesieniu polis (Art. 8—11);

Dział 3. O obowiązkach Zakładu Ubezpieczeń i ubezpieczającego, o nieważności i o rozwiązaniu umowy (Art. 12—24);

---

[4]) Inaczej w prawie niemieckim, gdzie normy wiążące są wyjątkami, przy czym normy te są podzielone: a) na bezwzględnie wiążące, na pogwałcenie których może się powoływać każdy zainteresowany, oraz musi powołać sąd z urzędu (§§ 3; 4 ust. 1; 8; 13; 15; 48; 51 ust. 2; 59 ust. 3; 64 ust. 1. zd. 1; 81; 87; 89; 98; 157; 159 ust. 2 i 3; 170; 179 ust. 3; 184 ust. 1 zd. 1 oraz ust. 3), oraz b) na takie, które nie mogą być zmienione na niekorzyść ubezpieczającego i na pogwałcenie których może się powołać tylko ubezpieczający (§§ 5; 6; 12; 31; 32; 33; 34 ust. 2; 42; 65; 92; 109; 110; 154 ust. 2; 172; 178; 183), nabywca rzeczy ubezpieczonych (§§ 72 i 114) oraz wyjątkowo każda osoba trzecia (§§ 11; 14; 47 zdanie 2).

Tak samo Art. 97 i 98 prawa szwajcarskiego.

W prawie austriackim: a) bezwzględnie wiążące, częściowo jako przepisy prawa publicznego (§§ 9; 79 ust. 5; 80 ust. 2; 127; 147—149), częściowo zaś jako wyłączające umowę przeciwną (§§ 1 ust. 4; 7 ust. 1 i 2; 11 ust. 1; 13 ust. 1; 16; 20 ust. 1; 50 ust. 2 i 3; 54 ust. 5; 58 ust. 3; 68; 77 ust. 1; 122; 131 ust. 1 i 2; 155 ust. 3) i b) te, które nie mogą być zmienione na niekorzyść ubezpieczającego (§§ 2 ust. 4; 39 ust. 4; 40 ust. 2; 42; 46; 47 ust. 3; 72; 87; 95; 110; 129; 153; 163) lub ubezpieczającego i osoby trzecie, (§§ 42; 72; 87; 95; 110; 153; 163).

W §§ 10, 13, 15, 21, 23, 24, 28, 44, 50, 51, 52, 94, 121 i 124 prawo szwedzkie stanowi, że na odmienne postanowienia umowne Zakład Ubezpieczeń powoływać się nie może.

[5]) Por.: § 8 ust. 3 ustawy austriackiej i §§ 914 oraz 915 ABGB.; Art. Art. 107 i 108 K.Z.

[6]) W Szwajcarii prace przygotowawcze trwały 10 lat.

[7]) Tom I., str. 469—476.

Dział 4. O przedawnieniu (Art. 25—27).

Tytuł II. O ubezpieczeniach szkodowych (Art. 28—53), podzielony na 4 działy:

Dział 1. Przepisy ogólne (Art. 28—39);

Dział 2. O ubezpieczeniach od ognia (Art. 40—45);

Dział 3. O ubezpieczeniach od gradobicia i pomoru bydła (Art. 46 — 49);

Dział 4. O ubezpieczeniu od odpowiedzialności (Art. 50 — 53).

Tytuł III. O ubezpieczeniach osób (Art. 54—83), podzielony na 2 działy:

Dział 1. Przepisy ogólne (Art. 54—55);

Dział 2. O ubezpieczeniach na życie (Art. 56—83).

Tytuł IV. Przepisy przejściowe (Art. 84—86).

V.

Przy tłumaczeniu tekstu francuskiego na język polski, stosowałem w miarę możności terminologię, przyjętą przez prawodawcę polskiego.

Wyraz „assureur" przetłumaczono jako „Zakład Ubezpieczeń" [8]; „souscripteur de la police" — „ubezpieczający"; „contracter une assurance en cas de décès, lub en cas de vie sur la tête" — „ubezpieczać kogoś na wypadek śmierci lub na wypadek dożycia"; „celui sur la tête duquel" — „ubezpieczony"; „bénéficiaire" — „uposażony".

Gdy chodzi zarówno o osobę, która zawarła umowę ubezpieczenia, jak i osobę, w stosunku do której może nastąpić przewidziane w umowie zdarzenie, ustawa francuska posługuje się wyrazem „assuré".

Chociaż prawo polskie używa wyrazu „ubezpieczający" [9]), to chcąc jednak jak najwierniej trzymać się tekstu francuskiego, tłumaczyłem „assuré", jako „ubezpieczony", chyba że z odnośnego tekstu wynikało, iż rozchodzi się prawodawcy właśnie o „ubezpieczającego".

Oddając pracę niniejszą do druku, uważam za miły swój obowiązek podziękować na tym miejscu Redaktorowi „Przeglądu Ubezpieczeniowego", Doktorowi Józefowi Kowalowi, jednemu z najgorliwszych orędowników wiedzy ubezpieczeniowej w Polsce, za wydatną pomoc i cenne wskazówki fachowo-ubezpieczeniowe, których udzielić mi zechciał przy korektach i rewizji polskiego tekstu przekładu.

Feliks Kronstein, Adwokat.

Warszawa, wrzesień 1937 r.

---

[8]) Patrz: Dz. Ust. RP. Nr 9/28 r. poz. 64; Nr 25/28 r. poz. 211; Nr 26/32 r. poz. 231 oraz Ogólne Warunki Ubezpieczeń, zatwierdzone przez Państwowy Urząd Kontroli Ubezpieczeń.

[9]) Określenia „ubezpieczony" w odróżnieniu od „ubezpieczający" prawodawca polski użył po raz pierwszy w Rozporządzeniach z dn. 24.X.34 r. i 21.VI.35 r. (Dz. Ust. RP. Nr 96/34 r. poz. 864 Art. 7(2) i Art. 11 oraz Nr 56/35 r. poz. 362 § 6(2)).

Francuska ustawa z dnia 13 lipca 1930 roku

O Umowie Ubezpieczenia.

LOI DU 13 JUILLET 1930
RELATIVE AU CONTRAT D'ASSURANCES.

TITRE PREMIER.

Des assurances en général.

SECTION I. — *Dispositions générales.*

Art. 1.

La présente loi ne concerne que les assurances terrestres. Elle n'est applicable ni aux assurances maritimes, ni aux assurances fluviales, ni aux réassurances conclues entre assureurs et réassureurs.

Il n'est pas dérogé aux dispositions des lois et règlements relatifs à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse et aux Caisses nationales d'assurances en cas de décès et en cas d'accidents; aux sociétés à forme tontinière; aux assurances contractées par les chefs d'entreprise, à raison de la responsabilité des accidents de travail survenus à leurs ouvriers et employés; aux sociétés ou caisses d'assurances mutuelles agricoles.

Les opérations qualifiées d'assurance — crédit ne sont pas régies par la présente loi.

Art. 2.

Ne peuvent être modifiées par convention les prescriptions de la présente loi, sauf celles qui donnent aux parties une simple faculté et qui sont contenues dans les articles 6, 10, 11, 23, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 38, 40, 41, 45, 50, 51, 52, 56, 65, 70, 73 et 74.

Art. 3.

Dans toutes les instances relatives à la fixation et au règlement des indemnités dues, le défendeur (assureur ou assuré) sera assigné devant le tribunal du domicile de l'assuré, de quelque espèce d'assurance qu'il s'agisse, sauf en matière d'immeubles ou de meubles par nature, auquel cas le défendeur sera assigné devant le tribunal de la situation des objets assurés.

Z francuskiego przełożył Adwokat Feliks Kronstein. Przedruk w całości wzbroniony; częściowy — dozwolony tylko za podaniem źródła.

FRANCUSKA USTAWA Z DNIA 13 LIPCA 1930 ROKU
O UMOWIE UBEZPIECZENIA

TYTUŁ I.

O ubezpieczeniach w ogólności.

DZIAŁ I. — *Przepisy ogólne.*

Art. 1.

Ustawa niniejsza dotyczy jedynie ubezpieczeń lądowych i nie ma zastosowania do ubezpieczeń morskich i rzecznych, ani też do umów reasekuracji, zawieranych pomiędzy Zakładami Ubezpieczeń a reasekuratorami.

Nie uchyla ona przepisów ustawowych i rozporządzeń, dotyczących Narodowej Kasy Emerytur na starość, Narodowych Kas Ubezpieczeń na przypadek śmierci lub od wypadków, stowarzyszeń w formie tontyn [1]), umów ubezpieczenia, zawieranych przez kierowników przedsiębiorstw z tytułu odpowiedzialności za nieszczęśliwe wypadki, którym ulegają ich robotnicy i urzędnicy w czasie pracy i Towarzystw lub Kas Ubezpieczeń wzajemnych — rolniczych.

Ustawa niniejsza nie normuje operacji, które są ubezpieczeniem kredytu.

Art. 2.

Przepisy ustawy niniejszej nie mogą być zmienione przez umowę, z wyjątkiem tych, które dają stronom ku temu bezpośrednią możność, a które są zawarte w Art. Art. 6, 10, 11, 23, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 38, 40, 41, 45, 50, 51, 52, 56, 65, 70, 73 i 74.

Art. 3.

We wszystkich procesach, dotyczących ustalenia i obliczenia należnych odszkodowań, bez względu na rodzaj ubezpieczenia, — pozwany (Zakład Ubezpieczeń, czy ubezpieczony) zaskarżony będzie przed sąd miejsca zamieszkania ubezpieczonego, wyjąwszy, gdy chodzi o nieruchomość, lub ruchomości z natury, w którym to przypadku zaskarżonym będzie przed sąd miejsca położenia rzeczy ubezpieczonych.

---

[1]) Stowarzyszenia te (rzadko dziś spotykane), polegają na tym, że pewna ilość osób składa do wspólnej kasy swe wkłady pod warunkiem, że po śmierci każdego z nich część jego przypadnie pozostałym i że ten, kto przeżyje wszystkich, stanie się właścicielem całości. Patrz Planiol: „O zobowiązaniach". Warszawa 1928 r. Część trzecia. Nr 1990, odsyłacz Nr 2. Przyp. tłum.

Toutefois, s'il s'agit d'assurances contre les accidents de toute nature, l'assuré pourra assigner l'assureur devant le tribunal du lieu où s'est produit le fait dommageable.

Art. 4.

Dans tous les cas où l'assureur se réassure contre les risques qu'il a assurés, il reste seul responsable vis-à-vis de l'assuré.

Art. 5.

La durée du contrat est fixée par la police. Toutefois, et sous réserve des dispositions ci-après, relatives aus assurances sur la vie, l'assuré a le droit de se retirer tous les dix ans en prévenant l'assureur, au cours de la période d'engagement, au moins six mois à l'avance, dans les formes indiquées ci-après. Ce droit appartient également à l'assureur; il doit être rappelé dans chaque police.

Dans tous les cas où l'assuré a la faculté de demander la résiliation, il peut le faire à son choix et nonobstant toute clause contraire, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de la société dans la localité, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre recommandée, soit par tout autre moyen indiqué dans la police.

La durée du contrat doit être mentionnée en caractères très apparents dans la police.

La police doit également mentionner que la durée de la tacite reconduction, ne peut, en aucun cas, et nonobstant toute clause contraire, être supérieure à une année.

Art. 6.

L'assurance peut être contractée en vertu d'un mandat général ou spécial, ou même sans mandat, pour le compte d'une personne déterminée. Dans ce dernier cas, l'assurance profite à la personne pour le compte de laquelle elle a été conclue, alors même que la ratification n'aurait lieu qu'après le sinistre.

L'assurance peut aussi être contractée pour le compte de qui il appartiendra.

Cette déclaration vaudra, tant comme assurance au profit du souscripteur de la police que comme stipulation pour autrui au profit du bénéficiaire connu ou éventuel de ladite clause.

Le souscripteur d'une assurance contractée pour le compte de qui il appartiendra sera seul tenu au paiement de la prime envers l'assureur; les exceptions que l'assureur aurait pu lui opposer seront également opposables au bénéficiaire de la police, quel qu'il soit.

Jednak, jeżeli chodzi o ubezpieczenie od wypadków wszelkiego rodzaju, ubezpieczony będzie mógł zapozwać Zakład Ubezpieczeń przed sąd miejsca, w którym zaszedł wypadek wyrządzający szkodę.

Art. 4.

Ilekroć Zakład Ubezpieczeń reasekuruje ryzyko objęte ubezpieczeniem, pozostaje sam odpowiedzialny wobec ubezpieczonego.

Art. 5.

Czas trwania umowy ustala się w polisie. Jednak, z zastrzeżeniem poniższych przepisów dotyczących ubezpieczeń życiowych, ubezpieczony ma prawo rozwiązać umowę z upływem każdego dziesięciolecia, zawiadamiając o tym Zakład Ubezpieczeń w czasie trwania umowy, co najmniej na sześć miesięcy z góry, w sposób niżej wskazany. Prawo to przysługuje również Zakładowi Ubezpieczeń; należy o nim wspomnieć w każdej polisie.

We wszystkich przypadkach, gdy ubezpieczony ma prawo żądać rozwiązania umowy — może, bez względu na zastrzeżenia przeciwne, uczynić to według swego uznania: albo przez oświadczenie na piśmie, złożone za pokwitowaniem w siedzibie głównej Zakładu Ubezpieczeń, lub u miejscowego przedstawiciela Zakładu, albo aktem pozasądowym, albo listem poleconym, albo też w każdy inny sposób, w polisie wskazany.

Czas trwania umowy należy w polisie wyraźnie oznaczyć.

Polisa powinna zawierać również wzmiankę o tym, że czasokres milczącego przedłużenia umowy w żadnym razie i bez względu na jakiekolwiek zastrzeżenia przeciwne, nie może przekraczać jednego roku.

Art. 6.

Umowę ubezpieczenia na rachunek osoby określonej można zawrzeć na zasadzie pełnomocnictwa ogólnego lub szczególnego, albo nawet i bez pełnomocnictwa. W ostatnim przypadku, prawa z ubezpieczenia przysługują osobie, na rachunek której umowę zawarto, nawet gdyby jej akceptacja miała miejsce dopiero po nastąpieniu wypadku.

Można również zawrzeć umowę na rachunek osoby, której dotyczyć to będzie.

Takie oświadczenie będzie miało za skutek, albo ubezpieczenie na rzecz ubezpieczającego, albo też zastrzeżenie na rzecz osoby z tegoż zastrzeżenia uprawnionej — znanej, lub przyszłej.

Zawierający umowę ubezpieczenia na rachunek osoby, której dotyczyć to będzie, jest sam wobec Zakładu Ubezpieczeń obowiązany do zapłaty składki. Zarzuty, które Zakład mógłby mu przeciwstawić, są również dopuszczalne wobec uposażonego z polisy, bez względu na to, kimkolwiek by osoba ta była.

Art. 7.

La proposition d'assurance n'engage ni l'assuré, ni l'assureur; seule la police ou la note de couverture constate leur engagement réciproque.

Est considéré comme acceptée la proposition, faite par lettre recommandée, de prolonger ou de modifier un contrat ou de remettre en vigueur un contrat suspendu, si l'assureur ne refuse pas cette proposition dans les dix jours après qu'elle lui est parvenue.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

SECTION II. — *De la preuve du contrat d'assurance, des formes et de la transmission des polices.*

Art. 8.

Le contrat d'assurance est rédigé par écrit, en caractères apparents. Il peut être passé devant notaire ou fait sous seing privé.

Toute addition ou modification au contrat d'assurance primitif doit être constatée par un avenant signé des parties.

Les présentes dispositions ne font pas obstacle à ce que, même avant la délivrance de la police ou de l'avenant, l'assureur et l'assuré ne soient engagés l'un à l'égard de l'autre par la remise d'une note de couverture.

Art. 9.

Le contrat d'assurance est daté du jour où il est souscrit. Il indique:

Les noms et domiciles des parties contractantes;
La chose ou la personne assurée;
La nature des risques garantis;
Le moment à partir duquel le risque est garanti et la durée de cette garantie;
Le montant de cette garantie;
La prime ou la cotisation de l'assurance.

Les clauses des polices édictant des nullités ou des déchéances ne sont valables que si elles sont mentionnées en caractères très apparents.

Art. 10.

La police d'assurance peut être à personne dénommée, à ordre ou au porteur.

Les polices à ordre se transmettent par voie d'endossement, même en blanc.

Le présent article ne sera toutefois applicable aux contrats d'assurance sur la vie que dans les conditions prévues par l'article 61 ci-après.

Art. 7.

Oferta zawarcia ubezpieczenia nie wiąże ani ubezpieczającego, ani Zakładu Ubezpieczeń; jedynie polisa lub świadectwo tymczasowe stwierdzają ich wzajemne zobowiązania.

Uczynioną w liście poleconym ofertę przedłużenia lub zmiany umowy, albo przywrócenia mocy umowy zawieszonej, uważa się za przyjętą, jeżeli Zakład Ubezpieczeń oferty tej nie odrzucił w przeciągu dni dziesięciu od jej otrzymania.

Przepisy niniejszego artykułu nie mają zastosowania do ubezpieczeń życiowych.

DZIAŁ II. — *O dowodzie umowy ubezpieczenia, o formie i o przeniesieniu polis.*

Art. 8.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na piśmie, pismem wyraźnym. Można ją zawrzeć przed notariuszem lub aktem z podpisem prywatnym.

Wszelkie uzupełnienia i zmiany umowy pierwotnej, winny być stwierdzone w dokumencie dodatkowym, przez strony podpisanym.

Przepisy niniejsze nie stoją na przeszkodzie aby, nawet przed wręczeniem polisy lub dokumentu dodatkowego, Zakład Ubezpieczeń i ubezpieczający zaciągnęli wobec siebie wzajemne zobowiązanie na zasadzie świadectwa tymczasowego.

Art. 9.

Umowę ubezpieczenia datuje się dniem jej podpisania. Wskazuje ona:

Nazwiska i zamieszkanie kontrahentów;
Mienie ubezpieczone lub osobę ubezpieczoną;
Rodzaj ubezpieczonego ryzyka;
Moment, od którego biegnie odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń i czas jej trwania;
Kwotę, na jaką opiewa ta odpowiedzialność;
Składkę lub świadczenie na rzecz Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych.

Klauzule polisy, orzekające jej nieważność lub utratę z niej praw, ważne są tylko wtedy, gdy zredagowane są w sposób bardzo wyraźny.

Art. 10.

Polisa ubezpieczeniowa opiewać może na osobę oznaczoną imiennie, na zlecenie, lub na okaziciela.

Polisy na zlecenie przenosi się w drodze indosu, nawet otwartego.

Jednakże do umów ubezpieczeń życiowych artykuł niniejszy ma zastosowanie jedynie w warunkach, przewidzianych w Art. 61.

Art. 11.

L'assureur peut opposer au porteur de la police ou au tiers qui en invoque le bénéfice, les exceptions opposables au souscripteur originaire.

SECTION III. — *Des obligations de l'assureur et de l'assuré, des nullités et des résiliations.*

Art. 12.

Les pertes et les dommages occasionnés par des cas fortuits, ou causés par la faute de l'assuré sont à la charge de l'assureur, sauf exclusion formelle et limitée contenue dans la police.

Toutefois, l'assureur ne répond pas, nonobstant toute convention contraire, des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.

Art. 13.

L'assureur est garant des pertes et dommages causés par des personnes dont l'assuré est civilement responsable en vertu de l'article 1384 du Code civil, quelles que soient la nature et la gravité des fautes de ces personnes.

Art. 14.

Lors de la réalisation du risque ou à l'échéance du contrat, l'assureur est tenu de payer dans le délai convenu l'indemnité ou la somme déterminée d'après le contrat.

L'assureur ne peut être tenu au delà de la somme assurée.

Art. 15.

L'assuré est obligé:

1° De payer la prime ou cotisation aux époques convenues;

2° De déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend à sa charge;

3° De déclarer à l'assureur, conformément à l'article 17, les circonstances spécifiées dans la police qui ont pour conséquence d'aggraver les risques;

4° De donner avis à l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance, et au plus tard dans les cinq jours, de tout sinistre de nature à entrainer la garantie de l'assureur.

Les délais de la déclaration ci-dessus ne peuvent être réduits par convention contraire; ils peuvent être prolongés d'un commun accord entre les parties contractantes.

La déchéance résultant d'une clause du contrat ne peut être opposée à l'assuré qui justifie qu'il a été mis, par suite d'un cas fortuit ou de force majeure, dans l'impossibilité de faire sa déclaration dans le délai imparti.

Art. 11.

Posiadaczowi polisy lub osobie trzeciej, dochodzącej praw z polisy, może Zakład Ubezpieczeń przeciwstawić zarzuty, przysługujące mu przeciwko pierwotnemu kontrahentowi.

DZIAŁ III. — *O obowiązkach Zakładu Ubezpieczeń i ubezpieczonego, o nieważności i o rozwiązaniu umowy.*

Art. 12.

Straty i szkody, wynikłe skutkiem wypadków losowych lub z winy ubezpieczonego, ponosi Zakład Ubezpieczeń, chyba że polisa zawiera formalne i określone wyłączenie jego odpowiedzialności.

Jednak Zakład Ubezpieczeń, bez względu na zastrzeżenia przeciwne, nie odpowiada za straty i szkody, wynikłe z winy umyślnej ubezpieczonego, lub na skutek jego podstępu.

Art. 13.

Zakład Ubezpieczeń odpowiada za straty i szkody, zrządzone przez osoby, za które ubezpieczony ponosi odpowiedzialność cywilną na zasadzie Art. 1384 Kodeksu Cywilnego, bez względu na rodzaj i stopień winy tych osób.

Art. 14.

Z nastąpieniem wypadku lub terminu umownego obowiązany jest Zakład Ubezpieczeń do zapłacenia, zgodnie z umową, odszkodowania lub oznaczonej kwoty w umówionym czasokresie.

Ponad sumę ubezpieczenia, Zakład Ubezpieczeń nie może być odpowiedzialnym.

Art. 15.

Ubezpieczony jest obowiązany:

1° Do zapłacenia składki lub świadczenia (na rzecz Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych) w terminach umówionych;

2° Do dokładnego zgłoszenia w czasie zawierania umowy wszystkich znanych mu okoliczności, mogących posłużyć Zakładowi Ubezpieczeń do oceny niebezpieczeństwa, które bierze na swoje ryzyko;

3° Do zgłoszenia Zakładowi Ubezpieczeń, zgodnie z Art. 17, tych wyszczególnionych w polisie okoliczności, skutkiem których następuje zwiększenie niebezpieczeństwa;

4° Do powiadomienia Zakładu Ubezpieczeń o wszelkich wypadkach, mogących pociągnąć za sobą odpowiedzialność tegoż Zakładu, a to z chwilą dowiedzenia się o nich, jednak najpóźniej w przeciągu pięciu dni.

Powyższe terminy do zgłoszenia nie mogą być umownie skrócone; mogą ulec przedłużeniu za wspólną zgodą stron.

Ubezpieczonemu, który udowodni, że nie miał możności zgłoszenia w terminie prekluzyjnym na skutek wypadku losowego lub siły wyższej — nie można zarzucić utraty praw z klauzuli umownej.

Les dispositions des paragraphes 1°, 3° et 4° ci-dessus ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. Le délai prévu au paragraphe 4° n'est pas applicable aux assurances contre la grêle, la mortalité du bétail et le vol.

Art. 16.

A l'exception de la première, les primes sont payables au domicile de l'assuré ou à tel autre lieu convenu.

A défaut de paiement à l'échéance de l'une des primes, l'effet de l'assurance ne peut être suspendu que vingt jours après la mise en demeure de l'assuré. Cette mise en demeure, qui rend en tout cas la prime portable, résulte de l'envoi d'une lettre recommandée adressée à l'assuré ou à la personne chargée du paiement des primes, à leur dernier domicile connu de l'assureur. Cette lettre doit indiquer expressément qu'elle est envoyée à titre de mise en demeure, rappeler la date de l'échéance de la prime et reproduire le texte du présent article.

L'assureur a le droit, dix jours à partir de l'expiration du délai fixé par l'alinéa précédent, de résilier la police ou d'en poursuivre l'exécution en justice. La résiliation peut se faire par une déclaration de l'assureur contenue dans une lettre recommandée adressée à l'assuré.

L'assurance non résiliée reprend, pour l'avenir, ses effets à midi, le lendemain du jour ou la prime arriérée et, s'il y a lieu, les frais, ont été payés à l'assureur.

Les délais fixés par le présent article ne comprennent pas le jour de l'envoi de la lettre recommandée. Quand le dernier jour d'un de ces délais est férié, le délai est prolongé jusqu'au lendemain.

Ces délais ne sont pas augmentés à raison des distances; toutefois, lorsque la mise en demeure doit être adressée dans un lieu situé hors du territoire continental de la France, le délai de vingt jours fixé par le deuxième alinéa du présent article ne court que du jour de la présentation de la lettre recommandée, constatée sur les registres de l'Administration des Postes.

Toute clause réduisant les délais fixés par les dispositions précédentes, ou dispensant l'assureur de la mise en demeure, est nulle.

Art. 17.

Quand, par son fait, l'assuré aggrave les risques de telle façon que, si le nouvel état de choses avait existé lors du contrat, l'assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, l'assuré doit en faire préalablement la déclaration à l'assureur par lettre recommandée.

Quand les risques sont aggravés sans le fait de l'assuré, celui-ci doit en faire la déclaration par lettre recommandée, dans un délai

Przepisy, wyżej w punktach 1°, 3° i 4° zawarte, nie mają zastosowania do ubezpieczeń życiowych. Czasokres, przewidziany w punkcie 4°, nie ma zastosowania do ubezpieczeń od gradobicia, pomoru bydła i od kradzieży.

Art. 16.

Składki, z wyjątkiem pierwszej, są płatne w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, lub w innym miejscu umówionym.

W razie uchybienia zapłaty w terminie jednej ze składek, skutki prawne ubezpieczenia zawieszone zostać mogą dopiero w dni dwadzieścia po postawieniu ubezpieczonego w zwłoce. To postawienie w zwłoce, czyniące składkę w każdym razie długiem oddawczym, następuje za pomocą listu poleconego, wysłanego pod adresem ubezpieczonego, lub osoby obowiązanej do zapłaty składek, do ostatniego miejsca ich zamieszkania, znanego Zakładowi Ubezpieczeń. List ten winien wyraźnie wskazywać, że został on wysłany z tytułu postawienia w zwłoce, wspomnieć o terminie płatności składki i przytoczyć tekst niniejszego artykułu.

Po dniach dziesięciu od upływu czasokresu ustalonego w poprzednim ustępie, Zakład Ubezpieczeń ma prawo rozwiązać umowę ubezpieczenia lub dochodzić jej wykonania na drodze sądowej. Rozwiązanie nastąpić może przez oświadczenie Zakładu Ubezpieczeń za pomocą listu poleconego, wystosowanego do ubezpieczonego.

Nierozwiązana umowa ubezpieczenia odzyskuje swe skutki prawne na przyszłość, w południe następnego dnia po zapłaceniu Zakładowi Ubezpieczeń zaległej składki i poniesionych ewentualnie kosztów.

Do czasokresów ustalonych w artykule niniejszym, nie wlicza się dnia wysłania listu poleconego. Koniec jednego z tych czasokresów, który upłynąć miałby w dzień nieurzędowy, przypada na następny dzień powszedni.

Czasokresy te nie ulegają przedłużeniu z powodu odległości; jednak, skoro postawienie w zwłoce ma być skierowane do miejscowości, znajdującej się poza lądowym obszarem Francji, czasokres dwudziestodniowy, ustalony w ustępie 2 artykułu niniejszego, biegnie od daty doręczenia listu poleconego, stwierdzonej na podstawie rejestrów zarządu poczty.

Wszelkie klauzule, skracające czasokresy ustalone przez poprzedzające przepisy, lub zwalniające Zakład Ubezpieczeń od obowiązku postawienia w zwłoce, są nieważne.

Art. 17.

Jeżeli ubezpieczony czynem swym zwiększa niebezpieczeństwo tak dalece, że w razie istnienia nowego stanu rzeczy w czasie zawierania umowy, Zakład Ubezpieczeń nie zawarłby jej, albo zawarłby ją tylko za składką wyższą — winien ubezpieczony uprzednio zawiadomić o tym Zakład Ubezpieczeń listem poleconym.

O zwiększeniu niebezpieczeństwa, które nastąpiło bez udziału w tym ubezpieczonego, winien on powiadomić listem poleconym naj-

maximum de huit jours à partir du moment où il a eu connaissance du fait de l'aggravation.

Dans l'un et l'autre cas, l'assureur a la faculté, soit de résilier le contrat, soit de proposer un nouveau taux de prime. Si l'assuré n'accepte pas ce nouveau taux, la police est résiliée, et l'assureur, dans le cas du premier alinéa ci-dessus, conserve le droit de réclamer une indemnité devant les tribunaux.

Toutefois, l'assureur ne peut plus se prévaloir de l'aggravation des risques, quand, après en avoir été informé de quelque manière que ce soit, il a manifesté son consentement au maintien de l'assurance, spécialement en continuant à recevoir les primes ou en payant, après un sinistre, une indemnité.

Art. 18.

En cas de faillite ou de liquidation judiciaire de l'assuré, l'assurance subsiste au profit de la masse des créanciers, qui devient débitrice directe envers l'assureur du montant des primes à échoir à partir de l'ouverture de la faillite ou de la liquidation judiciaire. La masse et l'assureur conservent néanmoins le droit de résilier le contrat pendant un délai de trois mois à partir de cette date: la portion de prime afférente au temps pendant lequel l'assureur ne couvre plus le risque sera restituée à la masse.

En cas de faillite ou de liquidation judiciaire de l'assureur, le contrat prend fin un mois après la déclaration de faillite ou de liquidation judiciaire, sous réserve des dispositions de l'article 82 ci-après. L'assuré peut réclamer le remboursement de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Art. 19.

En cas de décès de l'assuré ou d'aliénation de la chose assurée, l'assurance continue de plein droit au profit de l'héritier ou de l'acquéreur, à charge par celui-ci d'exécuter toutes les obligations dont l'assuré était tenu vis-à-vis de l'assureur en vertu du contrat.

Il sera loisible, toutefois, soit à l'assureur, soit à l'héritier ou à l'acquéreur, de résilier le contrat. L'assureur pourra résilier la police dans un délai de trois mois à partir du jour où l'attributaire définitif des objets assurés aura demandé le transfert de la police à son nom.

En cas d'aliénation de la chose assurée, celui qui aliène reste tenu vis-à-vis de l'assureur au paiement des primes échues, mais il est libéré, même comme garant des primes à échoir, à partir du moment où il a informé l'assureur de l'aliénation par lettre recommandée.

Lorsqu'il y a plusieurs héritiers ou plusieurs acquéreurs, si l'assurance continue, il sont tenus solidairement du paiement des primes.

Est nulle toute clause par laquelle serait stipulée au profit de l'assureur, à titre de dommages et intérêts, une somme excédant le

później w terminie ośmiodniowym od chwili, gdy się o tym dowiedział.

W obydwu przypadkach Zakład Ubezpieczeń ma możność rozwiązania umowy albo zaproponowania nowej stopy składki. Jeżeli ubezpieczony nie zgadza się na tę nową stawkę, umowa jest rozwiązana, a w przypadku, o którym mowa w ustępie 1, Zakład zachowuje prawa żądania odszkodowania na drodze sądowej.

Zakład Ubezpieczeń nie może jednak powoływać w dalszym ciągu momentu zwiększenia niebezpieczeństwa, jeżeli dowiedziawszy się o tym w jakikolwiek sposób, wyraził zgodę na utrzymanie w mocy umowy ubezpieczenia, a zwłaszcza, gdy nadal przyjmował składki, lub jeżeli po zajściu wypadku zapłacił odszkodowanie.

Art. 18.

W razie upadłości lub likwidacji sądowej ubezpieczonego, ubezpieczenie pozostaje w mocy na rzecz masy wierzycieli, która staje się bezpośrednio zobowiązaną wobec Zakładu Ubezpieczeń za składki, przypadające za czas od otwarcia upadłości lub likwidacji sądowej. Niemniej jednak, masa i Zakład Ubezpieczeń zachowują prawo do rozwiązania umowy w czasokresie trzechmiesięcznym od daty otwarcia upadłości lub likwidacji sądowej; część składki, przypadająca za czas, w którym Zakład Ubezpieczeń nie odpowiada za wypadek, zostanie masie zwrócona.

W razie upadłości lub likwidacji sądowej Zakładu Ubezpieczeń, umowa wygasa w miesiąc po wyrzeczeniu upadłości lub likwidacji sądowej, z zachowaniem postanowień artykułu 82. Ubezpieczony żądać może zwrotu składki, zapłaconej za czas nieubiegły.

Art. 19.

W razie śmierci ubezpieczającego lub zbycia rzeczy ubezpieczonej, ubezpieczenie pozostaje w mocy z samego prawa na rzecz spadkobiercy lub nabywcy, z obowiązkiem wykonania przez nich wszystkich tych zobowiązań, które z mocy umowy ciążyły na ubezpieczającym w stosunku do Zakładu Ubezpieczeń.

Wolno jednak będzie Zakładowi Ubezpieczeń, albo spadkobiercy, względnie nabywcy, rozwiązać umowę. Zakład władny będzie rozwiązać umowę w czasokresie trzechmiesięcznym, licząc od dnia, w którym osoba mająca niewątpliwe prawa do rzeczy ubezpieczonych, zażąda przepisania polisy na jej imię.

W razie zbycia rzeczy ubezpieczonej, zbywca obowiązany jest wobec Zakładu Ubezpieczeń do zapłacenia składek, termin płatności których już minął; nie odpowiada natomiast, nawet jako poręczyciel, za składki płatne od chwili, w której listem poleconym powiadomił o zbyciu Zakład Ubezpieczeń.

Jeżeli jest kilku spadkobierców lub nabywców, są oni w razie dalszego trwania ubezpieczenia, solidarnie zobowiązani do płacenia składek.

Nieważne są wszelkie klauzule, mocą których Zakład Ubezpieczeń tytułem szkód i strat zastrzega kwotę, przekraczającą wysokość

montant de la prime d'une année dans l'hypothèse de décès de l'assuré ou d'aliénation de la chose assurée, si l'héritier ou l'acquéreur opte pour la résiliation du contrat.

Art. 20.

Si, pour la fixation de la prime, il a été tenu compte de circonstances spéciales, mentionnées dans la police, aggravant les risques, et si ces circonstances viennent à disparaître au cours de l'assurance, l'assuré a le droit nonobstant toute convention contraire, de résilier le contrat, sans indemnité, si l'assureur ne consent pas la diminution de prime correspondante, d'après le tarif applicable lors de la souscription du contrat.

Art. 21.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article 81 ci-après, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Art. 22.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de désilier le contrat dix jours après la notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux de primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Art. 23.

Dans les assurances où la prime est décomptée soit en raison des salaires, soit d'après le nombre des personnes ou des choses faisant l'objet du contrat, il peut être stipulé que, pour toute erreur ou omission dans les déclarations servant de base à la fixation de la prime, l'assuré devra payer, outre le montant de la prime, une indemnité qui ne pourra en aucun cas excéder 50% de la prime omise.

rocznej składki, na wypadek gdyby w razie śmierci ubezpieczającego lub zbycia rzeczy ubezpieczonej, spadkobierca lub nabywca zechcieli umowę rozwiązać.

Art. 20.

Jeżeli przy ustaleniu wysokości składki wzięto pod uwagę wymienione w polisie, a zwiększające niebezpieczeństwo, okoliczności szczególne i jeżeli w czasie trwania umowy ubezpieczenia okoliczności te istnieć przestały, a Zakład Ubezpieczeń nie zgadza się na zmniejszenie składki odpowiednio do taryfy, która miałaby zastosowanie przy podpisaniu umowy — ma ubezpieczony prawo, bez względu na jakiekolwiek zastrzeżenia przeciwne, rozwiązać umowę bez odszkodowania.

Art. 21.

Niezależnie od zwykłych przyczyn nieważności i z zastrzeżeniem postanowień Art. 81 — umowa ubezpieczenia jest nieważna, gdy ubezpieczony zataił lub złożył rozmyślnie fałszywe oświadczenie, a to zatajenie lub fałszywe oświadczenie zmienia przedmiot ryzyka, albo zmniejsza ryzyko w ocenie Zakładu Ubezpieczeń i to nawet wtedy, gdy zatajenie lub nieprawdziwe przedstawienie ryzyka tego przez ubezpieczonego nie miało wpływu na zajście wypadku.

Zapłacone składki pozostają własnością Zakładu Ubezpieczeń, który, tytułem szkód i strat, ma prawo do otrzymania tych wszystkich składek, których termin płatności już nastąpił.

Art. 22.

Zgłoszenie niedokładne lub zaniechanie jego przez ubezpieczonego, któremu złej wiary nie udowodniono, nie pociąga za sobą nieważności umowy.

Jeżeli to zaniechanie lub niedokładne zgłoszenie stwierdzono przed zajściem wypadku, ma Zakład Ubezpieczeń prawo albo utrzymać umowę w mocy, podwyższając składkę za zgodą ubezpieczonego, albo rozwiązać umowę po upływie dziesięciu dni po zawiadomieniu o tym ubezpieczonego listem poleconym, zwracając mu część składki, uiszczoną za czas, w którym ubezpieczenie już nie biegnie.

W razie zaś stwierdzenia tego po zajściu wypadku — odszkowanie ulega redukcji w stosunku, zachodzącym pomiędzy wysokością składek uiszczonych, a składek należnych w przypadku, gdyby oświadczenia o ryzyku były wyczerpujące i dokładne.

Art. 23.

Przy ubezpieczeniach, w których składka jest obliczana w stosunku do płac pracowników, albo według liczby osób lub rzeczy, będących przedmiotem umowy, zastrzec można, że za każdy błąd lub brak w oświadczeniach, stanowiących podstawę do obliczenia składki, ubezpieczony będzie musiał, niezależnie od składki, zapłacić odszkodowanie, które w żadnym razie nie może przekraczać 50% składki niedopłaconej.

Il peut être également stipulé que lorsque les erreurs ou omissions auront, par leur nature, leur importance ou leur répétition, un caractère frauduleux, l'assureur sera en droit de répéter les sinistres payés et ce, indépendamment du paiement de l'indemnité cidessus prévue.

Art. 24.

Sont nulles:

1° Toutes clauses générales frappant de déchéance l'assuré en cas de violation des lois ou de règlements, à moins que cette violence ne constitue un crime ou un délit intentionnel;

2° Toutes clauses frappant de déchéance l'assuré à raison de simple retard apporté par lui à la déclaration du sinistre aux autorités ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit pour l'assureur de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

SECTION IV. — *De la prescription.*

Art. 25.

Toutes actions dérivant d'un contrat d 'assurance sont prescrites par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court:

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Art. 26.

La durée de la prescription ne peut être abrégée par une clause de la police.

Art. 27.

La prescription de deux ans court même contre les mineurs, les interdits et tous incapables.

Elle est interrompue par une de causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action en paiement de la prime peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée adressée par l'assureur à l'assuré.

Zastrzec również można, że skoro błędy lub braki ze względu na swoją naturę, doniosłość lub powtarzanie się, będą nosiły charakter oszukańczy, Zakład Ubezpieczeń władnym będzie domagać się zwrotu wypłaconego za wypadek odszkodowania, oraz zapłaty wyżej przewidzianego wynagrodzenia szkód i strat.

Art. 24.

Nieważne są:

1° Wszelkie zastrzeżenia ogólne, pociągające za sobą utratę praw dla ubezpieczonego w razie pogwałcenia ustaw lub rozporządzeń, chyba że pogwałcenie to stanowi zbrodnię lub rozmyślny występek;

2° Wszelkie zastrzeżenia, pociągające za sobą utratę praw dla ubezpieczonego z powodu zwykłego opóźnienia w zameldowaniu władzom o wypadku lub w przedstawieniu dokumentów, co wszakże nie pozbawia Zakładu Ubezpieczeń prawa żądania odszkodowania, odpowiadającego szkodzie, wyrządzonej mu przez to opóźnienie.

DZIAŁ IV. — *O przedawnieniu.*

Art. 25.

Wszelkie skargi z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem dwu lat, licząc od zajścia wypadku, będącego ich podstawą.

Jednakże:

1° W razie zatajenia, zaniechania, nieprawdziwego lub niedokładnego oświadczenia co do ryzyka — czasokres ten biegnie od dnia, w którym Zakład Ubezpieczeń o tym się dowiedział;

2° W razie zaś nastąpienia wypadku — od dnia, w którym zainteresowani o nim się dowiedzieli, jeżeli przy tym udowodnią, że do tego czasu o tym nie wiedzieli.

Gdy ubezpieczony zaskarżył Zakład Ubezpieczeń na skutek roszczenia osoby trzeciej, czasokres przedawnienia biegnie od dnia, w którym osoba ta zaskarżyła ubezpieczonego, albo otrzymała od niego odszkodowanie.

Art. 26.

Czasokresu przedawnienia nie można skracać za pomocą klauzuli polisowej.

Art. 27.

Dwuletnie przedawnienie biegnie nawet przeciwko małoletnim, bezwłasnowolnym i wszelkim osobom niezdolnym do działań prawnych.

Przedawnienie przerywa się z przyczyn normalnie przedawnienie przerywających, oraz na skutek powołania biegłych w związku z wypadkiem. Przedawnienie skargi Zakładu Ubezpieczeń o zapłatę składki przerywa ponadto i wysłanie przez tenże Zakład ubezpieczonemu listu poleconego.

TITRE II.

Des assurances de dommages.

SECTION I. — *Dispositions générales.*

Art. 28.

L'assurance relative aux biens est un contrat d'indemnité; l'indemnité due par l'assureur à l'assuré ne peut pas dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre.

Il peut être stipulé que l'assuré restera obligatoirement son propre assureur pour une somme, ou une quotité déterminée, ou qu'il supportera une déduction fixée d'avance sur l'indemnité du sinistre.

Art. 29.

Lorsqu'un contrat d'assurance a été consenti pour une somme supérieure à la valeur de la chose assurée, s'il y a eu dol ou fraude de l'une des parties, l'autre partie peut en demander la nullité et réclamer, en outre, des dommages et intérêts.

S'il n'y a eu ni dol ni fraude, le contrat est valable, mais seulement jusqu'à concurrence de la valeur réelle des objets assurés, et l'assureur n'aura pas droit aux primes pour l'excédent. Seules, les primes échues lui resteront définitivement acquises, ainsi que la prime de l'année courante quand elle est à terme échu.

Art. 30.

Celui qui s'assure pour un même intéret, contre un même risque, auprès de plusieurs assureurs, doit, sauf stipulation contraire, donner immédiatement à chaque assureur connaissance de l'autre assurance.

L'assuré doit, lors de cette communication, faire connaître le nom de l'assureur avec lequel une autre assurance a été contractée et indiquer la somme assurée.

Quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, soit à la même date, soit à des dates différentes, pour une somme totale supérieure à la valeur de la chose assurée, elles sont toutes valables et chacune d'elles produit ses effets en proportion de la somme à laquelle elle s'applique, jusqu'à concurrence de l'entière valeur de la chose assurée.

Cette disposition peut être écartée par une clause de la police adoptant la règle de l'ordre des dates ou stipulant la solidarité entre les assureurs.

Art. 31.

S'il résulte des estimations que la valeur de la chose assurée excède, au jour du sinistre, la somme garantie, l'assuré est considéré comme restant son propre assureur pour l'excédent, et supporte, en

TYTUŁ II.

O ubezpieczeniach szkodowych.

DZIAŁ I. — *Przepisy ogólne.*

Art. 28.

Ubezpieczenie mienia jest umową o odszkodowanie; odszkodowanie należne ubezpieczonemu od Zakładu Ubezpieczeń nie może przekraczać wartości rzeczy ubezpieczonej w chwili zajścia wypadku.

Zastrzec można, że ubezpieczony sam musi ponieść część ryzyka do wysokości pewnej kwoty, czy też określonego udziału, albo że zgodzi się na pewne, z góry ustalone, potrącenie z odszkodowania.

Art. 29.

Skoro umowę ubezpieczenia zawarto na sumę wyższą od wartości rzeczy ubezpieczonej, a jedna ze stron użyła podstępu lub dopuściła się oszukaństwa, wówczas druga strona żądać może unieważnienia umowy, a ponadto domagać się szkód i strat.

Jeżeli nie było ani podstępu ani oszukaństwa, umowa pozostaje w mocy, lecz tylko do wysokości wartości rzeczywistej rzeczy ubezpieczonych, a Zakład Ubezpieczeń nie będzie miał prawa do składek od tej nadwyżki. Te jednak składki, których termin płatności już minął, jak również składka wymagalna za rok bieżący, stanowić będą bezsprzeczną własność Zakładu Ubezpieczeń.

Art. 30.

Osoba, zawierająca umowy ubezpieczenia od tego samego niebezpieczeństwa, w kilku Zakładach Ubezpieczeń, ze względu na ten sam interes, zawiadomić winna niezwłocznie każdy z powyższych Zakładów o zawarciu umów ubezpieczenia z pozostałymi — chyba że umowa stanowi inaczej.

W zawiadomieniu tym winien ubezpieczony wymienić Zakład, z którym umowę ubezpieczenia zawarł, jako też podać sumę ubezpieczenia.

Jeżeli na ten sam termin lub na różne terminy zawarto bez podstępu dwie lub więcej umów na ogólną sumę ubezpieczenia, przewyższającą wartość ubezpieczonego mienia, to wszystkie te umowy są ważne, przy czym każda z nich ważna jest w proporcji do łącznej sumy ubezpieczenia ze wszystkich polis — nie wyżej jednak całkowitej wartości rzeczy ubezpieczonej.

Przepis powyższy zastąpiony być może postanowieniem umownym, ustanawiającym zasadę kolejności terminów, lub zastrzegającym solidarną odpowiedzialność Zakładów Ubezpieczeń.

Art. 31.

Jeżeli z oszacowania wynika, że wartość rzeczy ubezpieczonej w dniu zajścia wypadku przekraczała sumę ubezpieczenia, to uważa się, że ubezpieczony zatrzymał nadwyżkę na własne ryzyko i że wo-

conséquence, une part proportionnelle du dommage, sauf convention contraire.

Art. 32.

Toute personne ayant intérêt à la conservation d'une chose peut la faire assurer.

Tout intérêt direct ou indirect à la non-réalisation d'un risque peut faire l'objet d'une assurance.

Art. 33.

Les déchets, diminutions et pertes subies par la chose assurée et qui proviennent de son vice propre ne sont pas à la charge de l'assureur, sauf convention contraire.

Art. 34.

L'assureur ne répond pas, sauf convention contraire, des pertes et dommages occasionnés soit par la guerre étrangère, soit par la guerre civile, soit par des émeutes ou par des mouvements populaires.

Lorsque ces risques ne sont pas couverts par le contrat, l'assuré doit prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère; il appartient à l'assureur de prouver que le sinistre résulte de la guerre civile, d'émeutes ou de mouvements populaires.

Art. 35.

En cas de perte totale de la chose assurée résultant d'un événement non prévu par la police, l'assurance prend fin de plein droit et l'assureur doit restituer à l'assuré la portion de la prime payée d'avance et afférente au temps pour lequel le risque n'est plus couru.

Art. 36.

L'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à la responsabilité de l'assureur.

L'assureur peut être déchargé, en tout ou en partie, de sa responsabilité envers l'assuré, quand la subrogation ne peut plus, par le fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur.

Par dérogation aux dispositions précédentes, l'assureur n'a aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

Art. 37.

Les indemnités dues par suite d'assurance contre l'incendie, contre la grêle, contre la mortalité du bétail, ou les autres risques,

bec tego ponosi stosunkową część szkody — chyba że umowa stanowi inaczej.

Art. 32.

Każda osoba, mająca interes w zachowaniu rzeczy, może ją ubezpieczyć.

Każdy pośredni lub bezpośredni interes w nienastąpieniu wypadku, stanowić może przedmiot ubezpieczenia.

Art. 33.

Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za ubytek, zmniejszenie wartości i uszczerbek w rzeczy ubezpieczonej, wynikłe z jej wad własnych — chyba że umowa stanowi inaczej.

Art. 34.

Zakład Ubezpieczeń nie odpowiada za szkody i straty, spowodowane skutkami wojny z obcym państwem, wojny domowej, rozruchów lub zamieszek ludowych — chyba że umowa stanowi inaczej.

Jeżeli umowa nie przewiduje odpowiedzialności za takie wydarzenia, udowodnić musi ubezpieczony, że szkoda była skutkiem innego zdarzenia, a nie wojny z obcym państwem, Zakład zaś Ubezpieczeń — że wypadek nastąpił z powodu wojny domowej, rozruchów lub zamieszek ludowych.

Art. 35.

W razie całkowitego zniszczenia rzeczy ubezpieczonej z przyczyny w polisie nieprzewidzianej, umowa gaśnie z samego prawa, a Zakład Ubezpieczeń zwrócić winien ubezpieczonemu część zapłaconej z góry składki, przypadającą za czas, w którym ryzyko już nie istniało.

Art. 36.

Zakład Ubezpieczeń podstawiony jest do wysokości wypłaconego odszkodowania w prawa i skargi, przysługujące ubezpieczonemu przeciw osobom trzecim, które swymi czynami zrządziły mu szkodę, skutkującą odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń.

Zakład Ubezpieczeń może być zwolniony w całości lub części od odpowiedzialności wobec ubezpieczonego, jeżeli tenże czynem swym to podstawienie uniemożliwił.

Zakładowi Ubezpieczeń nie przysługuje jednak żadna skarga przeciw dzieciom, zstępnym, wstępnym, powinowatym w linii prostej, przełożonym, pracownikom, robotnikom, służbie i w ogóle tym wszystkim, którzy stale z ubezpieczonym mieszkają, chyba że jedna z tych osób działała w złym zamiarze.

Art. 37.

Odszkodowanie, należne z tytułu ubezpieczeń od ognia, gradobicia, pomoru bydła i innych niebezpieczeństw, przypada wierzycielom

sont attribuées, sans qu'il y ait besoin de délégation expresse, aux créanciers privilégiés ou hypothécaires, suivant leur rang.

Néanmoins, les paiement faits de bonne foi avant opposition sont valables.

Il en est de même des indemnités dues en cas de sinistre par le locataire ou par les voisins, par application des articles 1733 et 1382 du Code civil.

En cas d'assurance du risque locatif ou du recours du voisin, l'assureur ne peut payer à un autre que le propriétaire de l'objet loué, le voisin ou le tiers subrogé à leurs droits, tout ou partie de la somme due, tant que lesdits propriétaire, voisin ou tiers subrogé n'ont pas été désintéressés des conséquences du sinistre, jusqu'à concurrence de ladite somme.

Art. 38.

L'assuré ne peut faire aucun délaissement des objets assurés, sauf convention contraire.

Art. 39.

L'assurance est nulle si, au moment du contrat, la chose assurée a déja péri ou ne peut plus être exposée aux risques.

Les primes payées doivent être restituées à l'assuré, sous déduction des frais exposés par l'assureur, autres que ceux de commission, lorsque ces derniers auront été récupérés contre l'agent ou le courtier.

Dans le cas visé au premier alinéa du présent article, la partie dont la mauvaise foi est prouvée doit à l'autre une somme double de la prime d'une année.

SECTION II. — *Des assurances contre l'incendie.*

Art. 40.

L'assureur contre l'incendie répond de tous dommages causés par conflagration, embrasement ou simple combustion. Toutefois, il ne répond pas, sauf convention contraire, de ceux occasionnés par la seule action de la chaleur ou par le contract direct et immédiat du feu ou d'une substance incandescente, s'il n'y a eu ni incendie, ni commencement d'incendie susceptible de dégénérer en incendie véritable.

Art. 41.

Les dommages matériels résultant directement de l'incendie ou du commencement d'incendie sont seuls à la charge de l'assureur, sauf convention contraire.

uprzywilejowanym lub hipotecznym w porządku ich kolejności, bez potrzeby wyraźnego przekazu.

Wypłaty jednak, dokonane w dobrej wierze przed zapowiedzeniem, są ważne.

To samo ma miejsce, gdy od najemcy lub sąsiada należą się odszkodowania z mocy Art. Art. 1733 i 1382 Kodeksu Cywilnego.

W razie zawarcia umowy ubezpieczenia ze względu na ryzyko, związane z najmem pomieszczenia, lub ze względu na możliwość roszczeń sąsiada, Zakład Ubezpieczeń zapłacić może całość lub część należnej sumy jedynie właścicielowi rzeczy najętej, sąsiadowi lub osobie trzeciej, w prawa ich podstawionej, chyba że osoby te zostały już w związku z wypadkiem zaspokojone do wysokości wspomnianej sumy.

Art. 38.

Ubezpieczający nie może się w żadnym razie zrzec przedmiotów ubezpieczonych [2]) — chyba że umowa stanowi inaczej.

Art. 39.

Ubezpieczenie jest nieważne, jeżeli w chwili zawierania umowy rzecz ubezpieczona już nie istniała, albo nie może jej nadal zagrażać niebezpieczeństwo.

Składki już zapłacone zwrócone być winny ubezpieczonemu po potrąceniu kosztów, przez Zakład Ubezpieczeń poniesionych; prowizja, jeżeli ma być odzyskana od ajenta lub pośrednika, potrąceniu nie ulega.

W przypadku, o którym mowa w ustępie pierwszym niniejszego artykułu, strona, której udowodniono złą wiarę, obowiązana będzie zapłacić drugiej kwotę równą podwójnej wysokości składki rocznej.

DZIAŁ II. — *O ubezpieczeniach od ognia.*

Art. 40.

Ubezpieczając od ognia, odpowiada Zakład Ubezpieczeń za wszelkie szkody, wyrządzone spłonięciem, pożarem lub skutkiem zwykłego spalenia się. Nie odpowiada jednak za szkody, wyrządzone oddziaływaniem samego tylko gorąca, lub skutkiem bezpośredniej styczności z ogniem albo substancją rozżarzoną, jeżeli nie było pożaru, ani też zarodku pożaru, mogącego przejść w prawdziwy pożar — chyba że umowa stanowi inaczej.

Art. 41.

Na Zakładzie Ubezpieczeń ciążą te tylko szkody w przedmiotach, które są bezpośrednim skutkiem pożaru lub zarodku pożaru — chyba że umowa stanowi inaczej.

---

[2]) Na rzecz Zakładu Ubezpieczeń. — Patrz: Godart „Code des Assurances". Paryż 1930 r., str. 163, Nr 559. Przyp. tłum.

Si, dans les trois mois à compter de la remise de l'état des pertes, l'expertise n'est pas terminée, l'assuré aura le droit de faire courir les intérêts par sommation; si elle n'est pas terminée dans les six mois, chacune des parties pourra procéder judiciairement.

Art. 42.

Sont assimilés aux dommages matériels et directs les dommages matériels occasionnés aux objets compris dans l'assurance par les secours et par les mesures de sauvetage.

Art. 43.

L'assureur répond, nonobstant toute stipulation contraire, de la perte ou de la disparition des objets assurés survenue pendant l'incendie, à moins qu'il ne prouve que cette perte ou cette disparition est provenue d'un vol.

Art. 44.

L'assureur, conformément à l'article 33 de la présente loi, ne répond pas des pertes et détériorations de la chose assurée provenant du vice propre; mais il garantit les dommages d'incendie qui en sont la suite, à moins qu'il ne soit fondé à demander la nullité du contrat d'assurance par application de l'article 21, premier alinéa, de la présente loi.

Art. 45.

Sauf convention contraire, l'assurance ne couvre pas les incendies directement occasionnés par les éruptions de volcan, les tremblements de terre et autres cataclysmes.

SECTION III. — *Des assurances contre la grêle et la mortalité du bétail.*

Art. 46.

En matière d'assurance contre la grêle, l'envoi de la déclaration de sinistre doit, nonobstant toute clause contraire, être effectué par l'assuré, sauf le cas fortuit ou de force majeure, et sauf prolongation contractuelle, dans les quatre jours de l'avènement du sinistre.

En matière d'assurance contre la mortalité du bétail, ce délai est réduit à vingt-quatre heures, sous les mêmes réserves.

Art. 47.

Dans le cas visé à l'article 35 ci-dessus, l'assureur ne peut réclamer la portion de prime correspondante au temps compris entre le jour de la perte et la date à laquelle aurait dû normalement avoir lieu l'enlèvement des récoltes, ou celle de la fin de la garantie fixée par la police, si cette dernière date est antérieure à celle de l'enlèvement normal des récoltes.

Jeżeli z upływem trzech miesięcy, licząc od dnia przedstawienia wykazu strat, badanie nie zostało jeszcze ukończone, ubezpieczony ma prawo wezwać [3]) do zapłaty odsetek; jeżeli badanie nie zostało ukończone z upływem sześciu miesięcy, każda ze stron wystąpić może na drogę sądową.

Art. 42.

Do strat w przedmiotach i bezpośrednich należą również i te straty, które skutkiem czynności i zabiegów ratunkowych powstały w przedmiotach, objętych ubezpieczeniem.

Art. 43.

Bez względu na zastrzeżenia przeciwne, odpowiada Zakład Ubezpieczeń za zagubienie lub zaginięcie ubezpieczonych przedmiotów w czasie pożaru, chyba że udowodni, iż to zagubienie lub zaginięcie jest wynikiem kradzieży.

Art. 44.

Zgodnie z Art. 33 ustawy niniejszej nie odpowiada Zakład Ubezpieczeń za stratę i pogorszenie rzeczy ubezpieczonej, wynikłe z jej wad własnych; odpowiada jednak za powstałe, skutkiem pożaru, szkody, które są następstwem tych wad, chyba że ma podstawę do żądania unieważnienia umowy ubezpieczenia na zasadzie ust. 1 Art. 21 ustawy niniejszej.

Art. 45.

Jeżeli umowa nie stanowi inaczej, ubezpieczenie nie obejmuje pożarów, bezpośrednio spowodowanych wybuchem wulkanicznym, trzęsieniem ziemi lub inną katastrofą żywiołową.

DZIAŁ III. — *O ubezpieczeniach od gradobicia i pomoru bydła.*

Art. 46.

Przy ubezpieczeniach od gradobicia, winien ubezpieczony, bez względu na zastrzeżenia przeciwne, wysłać zawiadomienie o wypadku w przeciągu dni czterech od zajścia tegoż, chyba że wskutek wypadku losowego lub siły wyższej napotkał przeszkodę, albo też gdy nastąpiło umowne przedłużenie tego czasokresu.

W ubezpieczeniach od pomoru bydła czasokres ten skraca się do dwudziestu czterech godzin z tymi samymi zastrzeżeniami.

Art. 47.

W przypadku, o którym mowa w Art. 35, nie może Zakład Ubezpieczeń żądać tej części składki, która przypada za czas od dnia, w którym nastąpiła szkoda do dnia, w którym normalnie powinno było nastąpić uprzątnięcie zbiorów, lub też do ostatniego dnia czasokresu ustalonego w polisie, a wcześniejszego od daty normalnego uprzątnięcia zbiorów.

---

[3]) Zakład Ubezpieczeń. Przyp. tłum.

Art. 48.

Après l'aliénation, soit de l'immeuble, soit des produits, la dénonciation du contrat faite par l'assureur à l'acquéreur ne prendra effet qu'à l'expiration de l'année d'assurance en cours. Mais, lorsque la prime est payable à terme, le vendeur est déchu du bénéfice du terme pour le paiement de la prime afférente à cette période.

Art. 49.

En matière d'assurances contre la mortalité du bétail, l'assurance, suspendue pour non-paiement de la prime, dans les conditions prévues à l'article 16 ci-dessus, reprend ses effets au plus tard le dixième jour à midi à compter du jour où la prime arriérée et, s'il y a lieu, les frais, ont été payés à l'assureur. Celui-ci pourra exclure de sa garantie les sinistres consécutifs aux accidents et aux maladies survenues pendant la période de suspension de la garantie.

SECTION IV. — *Des assurances de responsabilité.*

Art. 50.

Dans les assurances de responsabilité, l'assureur n'est tenu que si, à la suite du fait dommageable prévu au contrat, une réclamation amiable ou judiciaire est fait à l'assuré par le tiers lésé.

Art. 51.

Les dépens résultant de toute poursuite en responsabilité dirigée contre l'assuré sont à la charge de l'assureur, sauf convention contraire.

Art. 52.

L'assureur peut stipuler qu'aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction, intervenues en dehors de lui, ne lui seront opposables. L'aveu de la matérialité d'un fait ne peut être assimilé à la reconnaissance d'une responsabilité.

Art. 53.

L'assureur ne peut payer à un autre que le tiers lésé tout ou partie de la somme due par lui, tant que ce tiers n'a pas été désinteressé, jusqu'à concurrence de ladite somme, des conséquences pécuniaires du fait dommageable ayant entraîné la responsabilité de l'assuré.

Art. 48.

Zakład Ubezpieczeń wypowiedzieć może umowę nowonabywcy nieruchomości, czy też produktów, przy czym wymówienie to skutkować poczyna dopiero z upływem bieżącego roku ubezpieczenia. Skoro jednak składka płatna jest w terminie przyszłym, zbywca nie może się odwoływać do dobrodziejstwa terminu, gdy rozchodzi się o zapłatę tej właśnie składki.

Art. 49.

Zawieszona na zasadzie Art. 16, z powodu niezapłacenia składki, umowa ubezpieczenia od pomoru bydła odzyskuje swoją moc najpóźniej w południe dziesiątego dnia od daty zapłacenia Zakładowi Ubezpieczeń zaległej składki i poniesionych przezeń ewentualnie kosztów. Zakład może zastrzec, że nie odpowiada za szkody będące następstwem wypadków lub chorób, które miały miejsce w okresie zawieszenia umowy.

DZIAŁ IV. — *O ubezpieczeniach od odpowiedzialności.*

Art. 50.

Przy ubezpieczeniach od odpowiedzialności Zakład Ubezpieczeń odpowiada tylko wtedy, gdy poszkodowana osoba trzecia, czy to w drodze pozasądowej, czy też sądowej, rości do ubezpieczonego pretensje za szkodę, wyrządzoną jej czynem w umowie przewidzianym.

Art. 51.

Koszty, wynikłe z wszelkich poszukiwań, skierowanych przeciw ubezpieczonemu z tytułu jego odpowiedzialności, ponosi Zakład Ubezpieczeń — chyba że umowa stanowi inaczej.

Art. 52.

Zakład Ubezpieczeń może zastrzec, że nie można mu będzie przeciwstawić żadnego przyznania odpowiedzialności i żadnej ugody, zaistniałych bez jego udziału. Stwierdzenie, że zdarzenie miało miejsce, nie jest równoznaczne z przyznaniem odpowiedzialności.

Art. 53.

Całość lub część kwoty, należnej od Zakładu Ubezpieczeń z racji skutków pieniężnych czynu, który wyrządził szkodę osobie trzeciej i który pociągnął za sobą odpowiedzialność ubezpieczonego, może Zakład Ubezpieczeń zapłacić tej tylko, pokrzywdzonej osobie trzeciej, o ile nie została ona już zaspokojona do wysokości rzeczonej sumy.

TITRE III.

Des assurances de personnes.

SECTION I. — *Dispositions générales.*

Art. 54.

En matière d'assurance sur la vie (assurance en cas de décès et assurance en cas de vie) et d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, les sommes assurées sont fixées par la police.

Art. 55.

Dans l'assurance de personnes, l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé aux droits du contractant ou du bénéficiaire contre des tiers à raison du sinistre.

SECTION II. — *Des assurances sur la vie.*

Art. 56.

La vie d'une personne peut être assurée par elle-même ou par un tiers.

Art. 57.

L'assurance en cas de décès contractée par un tiers sur la tête de l'assuré est nulle, si ce dernier n'y a pas donné son consentement par écrit, avec indication de la somme assurée.

Le consentement de l'assuré doit, à peine de nullité, être donné par écrit, pour toute cession ou constitution de gage et pour transfert du bénéfice du contrat souscrit sur sa tête par un tiers.

Art. 58.

Il est défendu à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de 12 ans, d'un interdit, d'une personne placée dans une maison d'aliénés.

Toute assurance contractée en violation de cette prohibition est nulle.

La nullité est prononcée sur la demande de l'assureur, du souscripteur de la police ou du représentant de l'incapable.

Les primes payées doivent être intégralement restituées.

L'assureur et le souscripteur sont, en outre, passibles, pour chaque assurance conclue sciemment en violation de cette interdiction, d'une amende de 100 à 5.000 francs. L'article 463 du Code pénal est applicable.

Ces dispositions ne mettent point obstacle dans l'assurance, en cas de décès, du remboursement des primes payées en exécution d'un contrat d'assurance en cas de vie, souscrit sur la tête d'une des personnes visées au premier alinéa ci-dessus.

TYTUŁ III.

O ubezpieczeniach osób.

DZIAŁ I. — *Przepisy ogólne.*

Art. 54.

Przy ubezpieczeniach na życie (na wypadek śmierci i dożycia) i ubezpieczeniach osób od wypadków, sumę ubezpieczenia ustala się w polisie.

Art. 55.

Z racji zapłaty sumy ubezpieczenia, przy ubezpieczeniach osób, Zakład Ubezpieczeń nie może być podstawiony w prawa, przysługujące kontrahentowi lub uposażonemu przeciwko osobom trzecim na skutek wypadku.

DZIAŁ II. — *O ubezpieczeniach na życie.*

Art. 56.

Życie człowieka ubezpieczone być może przez niego samego lub przez inną osobę.

Art. 57.

Nieważną jest zawarta przez osobę trzecią umowa ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego, jeżeli tenże nie udzielił na to pisemnego zezwolenia z oznaczeniem wysokości sumy ubezpieczenia.

W razie zawarcia umowy ubezpieczenia przez osobę trzecią — wszelkie przelewy lub ustanowienie zastawu oraz przeniesienie uprawnień z umowy wymagają, pod rygorem nieważności, pisemnego zezwolenia osoby ubezpieczonej.

Art. 58.

Nikomu nie wolno ubezpieczać na wypadek śmierci małoletniego poniżej lat dwunastu, osoby pozbawionej własnej woli lub znajdującej się w domu obłąkanych.

Wszelkie umowy ubezpieczenia, zawarte z pogwałceniem tego zakazu, są nieważne.

Nieważność wyrzeka się na żądanie Zakładu Ubezpieczeń, ubezpieczającego lub zastępcy niezdolnego.

Zapłacone składki ulegają zwrotowi w całości.

Zakład Ubezpieczeń i ubezpieczający podlegają nadto karze grzywny od stu do pięciu tysięcy franków za każdą świadomie z pogwałceniem tego zakazu zawartą umowę ubezpieczenia. Ma również zastosowanie i Art. 463 Kodeksu Karnego.

Przepisy te nie wyłączają bynajmniej umowy o zwrot, w razie śmierci, składek, zapłaconych z tytułu ubezpieczenia na wypadek dożycia jednej z osób, wymienionych wyżej w ustępie pierwszym.

Art. 59.

Une assurance en cas de décès ne peut être contractée par une autre personne: — sur la tête d'un mineur parvenu à l'âge de 12 ans, sans l'autorisation de celui de ses parents qui est investi de la puissance paternelle, de son tuteur ou de son curateur; — sur la tête d'une femme mariée, sans l'autorisation de son mari.

Cette autorisation ne dispense pas du consentement personnel de l'incapable.

A défaut de cette autorisation et de ce consentement, la nullité du contrat est prononcée à la demande de tout intéressé.

Art. 60.

La police d'assurance sur la vie doit indiquer, outre les énonciations mentionnées dans l'article 9:

1° Les noms, prénoms et date de naissance de celui ou ceux sur la tête desquels repose l'opération;
2° Les noms, prénoms du bénéficiaire, s'il est déterminé;
3° L'événement ou le terme duquel dépend l'exigibilité des sommes assurées;
4° Les conditions de la réduction si le contrat implique admission de la réduction, conformément aux dispositions des articles 75 et 76.

Art. 61.

La police d'assurance sur la vie peut être à ordre. Elle ne peut être au porteur.

L'endossement d'une police d'assurance sur la vie à ordre doit, à peine de nullité, être daté, indiquer le nom du bénéficiaire de l'endossement, et être signé de l'endosseur.

Art. 62.

L'assurance en cas de décès est de nul effet si l'assuré se donne volontairement la mort. Toutefois, l'assureur doit payer aux ayants droit une somme égale au montant de la réserve, nonobstant toute convention contraire.

Toute police contenant une clause par laquelle l'assureur s'engage à payer la somme assurée, même en cas de suicide volontaire et conscient de l'assuré, ne peut produire effet que passé un délai de deux ans après la conclusion du contrat.

La preuve du suicide de l'assuré incombe à l'assureur, celle de l'inconscience de l'assuré au bénéficiaire de l'assurance.

Art. 63.

Le capital ou la rente assurés peuvent être payables lors du décès de l'assuré à un ou plusieurs bénéficiaires déterminés.

Est considérée comme faite au profit de bénéficiaires déterminés la stipulation par laquelle le contractant attribue le bénéfice de l'assu-

Art. 59.

Osoba trzecia zawrzeć może umowę ubezpieczenia na wypadek śmierci: małoletniego, który ukończył lat dwanaście, — tylko za zezwoleniem tego z rodziców, który sprawuje władzę rodzicielską, opiekuna lub kuratora; kobiety zamężnej — tylko za zezwoleniem jej męża.

Oprócz tego zezwolenia koniecznym jest uzyskanie osobistej zgody niezdolnego.

Nieważność umowy, zawartej z pominięciem zezwolenia i zgody, wyrzeka się na żądanie każdego z zainteresowanych.

Art. 60.

Poza danymi, o których mowa w artykule 9, polisa ubezpieczenia na życie zawierać winna:

1° Nazwisko, imię i datę urodzenia ubezpieczonego lub ubezpieczonych;

2° Nazwisko i imię uposażonego, gdy jest nim osoba określona;

3° Zdarzenie lub termin, od których zależy wymagalność sumy ubezpieczenia;

4° Warunki redukcji, jeżeli umowa przewiduje dopuszczalność takowej, stosownie do artykułów 75 i 76.

Art. 61.

Polisa ubezpieczenia na życie opiewać może na zlecenie; nie może zaś opiewać na okaziciela.

Indos polisy, opiewającej na zlecenie, winien pod rygorem nieważności, zawierać datę, nazwisko uprawnionego z indosu oraz podpis indosanta.

Art. 62.

Ubezpieczenie na wypadek śmierci pozbawione jest skutków prawnych, jeżeli ubezpieczony zadaje sobie dobrowolnie śmierć. Zakład Ubezpieczeń winien jednak wypłacić prawonastępcom kwotę, równą wysokości rezerwy, a to bez względu na odmienne postanowienia umowne.

Polisa zawierająca warunek, na mocy którego Zakład Ubezpieczeń obowiązał się wypłacić sumę ubezpieczenia nawet i w razie dobrowolnego i świadomego samobójstwa ubezpieczonego, może mieć skutki prawne jedynie z upływem dwóch lat od zawarcia umowy.

Udowodnienie faktu samobójstwa ubezpieczonego ciąży na Zakładzie Ubezpieczeń; dowód nieświadomości ubezpieczonego ciąży na uposażonym z polisy.

Art. 63.

W razie śmierci ubezpieczonego, ubezpieczony kapitał lub renta mogą być wypłacone jednemu lub więcej uposażonym.

Uważa się, że uposażenie z polisy zastrzeżono na rzecz określonych osób uposażonych, jeżeli kontrahent przeznacza takowe bądź

rance, soit à sa femme, sans indication de nom, soit à ses enfants et descendants nés ou à naître, soit à ses héritiers, sans qu'il soit nécessaire d'inscrire leurs noms dans la police ou dans tout autre acte ultérieur contenant attribution du capital assuré.

L'assurance faite au profit de la femme de l'assuré profite à la personne qu'il épouse, même après la date du contrat. En cas de second mariage, le profit de cette stipulation appartient à la veuve.

Les enfants et descendants, les héritiers du contractant ainsi désignés ont droit au bénéfice de l'assurance en proportion de leurs parts héréditaires. Ils conservent ce droit en cas de renonciation à sa succession.

En l'absence de désignation d'un bénéficiaire déterminé dans la police, ou à défaut d'acceptation par le bénéficiaire désigné, le souscripteur de la police a le droit de désigner un bénéficiaire ou de substituer un bénéficiaire à un autre. Cette désignation ou cette substitution se fait, soit par testament, soit entre vifs, par voie d'avenant ou en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du Code civil, ou, quand la police est à ordre, par voie d'endossement.

Art. 64.

La stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation expresse ou tacite du bénéficiaire.

Tant que l'acceptation n'a point eu lieu, le droit de révoquer cette stipulation n'appartient qu'au stipulant et ne peut, en conséquence, être exercé de son vivant par ses créanciers, ni par ses représentants légaux.

Ce droit de révocation ne peut être exercé, après la mort du stipulant, par ses héritiers, qu'après l'exigibilité de la somme assurée, et au plus tôt trois mois après que le bénéficiaire de l'assurance a été mis en demeure, par acte extrajudiciaire, d'avoir à déclarer s'il l'accepte.

L'acceptation par le bénéficiaire de la stipulation faite à son profit ou la révocation de cette stipulation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'il en a eu connaissance.

L'attribution à titre gratuit du bénéfice d'une assurance sur la vie à une personne déterminée est présumée faite sous la condition de l'existence du bénéficiaire à l'époque de l'exigibilité du capital ou de la rente assurés, à moins que le contraire ne résulte des termes de la stipulation.

Art. 65.

La police d'assurance peut être donnée en gage, soit par avenant, soit par endossement à titre de garantie, si elle est à ordre, soit par acte soumis aux formalités de l'article 2075 du Code civil.

żonie, bez podania imienia, bądź dzieciom i zstępnym, urodzonym lub mającym się narodzić, bądź też spadkobiercom swym, bez podania ich nazwisk w polisie lub w jakimkolwiek innym późniejszym akcie, zawierającym dyspozycję odnośnie sumy ubezpieczenia.

Uposażenie z ubezpieczenia, zawartego na korzyść żony ubezpieczonego, przypada osobie poślubionej nawet po zawarciu umowy. W razie powtórnego małżeństwa, uposażoną staje się wdowa.

Dzieci i zstępni oraz spadkobiercy kontrahenta, w sposób powyższy oznaczeni, mają prawo do uposażenia z polisy w stosunku do swych udziałów w spadku. Zachowują to prawo i w razie zrzeczenia się spadku.

W razie nieoznaczenia w polisie określonej osoby uposażonej, albo w braku akceptacji ze strony tejże osoby, ubezpieczający ma prawo wyznaczyć uposażonego, albo w miejsce dotychczasowego wskazać innego. Wyznaczenie to lub zmiana osoby uposażonego uczynione być może w testamencie, w rozporządzeniach zaś inter vivos — albo przez dokument dodatkowy, bądź przez dopełnienie formalności przewidzianych w Art. 1690 Kodeksu Cywilnego lub też w drodze indosu, jeżeli polisa opiewa na zlecenie.

Art. 64.

Zastrzeżenie, mocą którego sumę ubezpieczenia przeznacza się określonej osobie uposażonej, staje się nieodwołalnym, na skutek wyraźnego lub milczącego zaakceptowania przez uposażonego.

Jeśli natomiast akceptacja nie nastąpiła, prawo odwołania zastrzeżenia przysługuje wyłącznie zastrzegającemu kontrahentowi; nie może zatem być wykonywane za jego życia ani przez jego wierzycieli, ani też przez zastępców prawnych.

Po śmierci kontrahenta spadkobiercy jego skorzystać mogą z tego prawa odwołania, lecz tylko z chwilą wymagalności sumy ubezpieczenia i to najwcześniej w trzy miesiące po postawieniu uposażonego w zwłoce aktem pozasądowym, mocą którego wezwano go do oświadczenia się, czy uposażenie akceptuje.

Zaakceptowanie przez uposażonego, uczynionego na jego rzecz zastrzeżenia lub odwołanie tegoż zastrzeżenia, przeciwstawić można Zakładowi Ubezpieczeń tylko wtedy, gdy okoliczności te były mu znane.

Domniemywa się, że zastrzeżenie osobie określonej, pod tytułem darmym, uposażenia z ubezpieczenia na życie, dokonane zostało pod warunkiem, że w czasie wymagalności kapitału lub renty ubezpieczenia uposażony żyje — chyba że z treści zastrzeżenia wynikałoby coś przeciwnego.

Art. 65.

Polisę można oddać w zastaw, albo aktem dodatkowym, bądź w drodze indosu z tytułu zabezpieczenia, jeżeli polisa opiewa na zlecenie, albo też z zachowaniem formalności, przewidzianych w Art. 2075 Kodeksu Cywilnego.

Art. 66.

Lorsque l'assurance en cas de décès a été conclue sans désignation d'un bénéficiaire, le capital fait partie de la succession du contractant.

Art. 67.

Les sommes stipulées payables lors du décès de l'assuré à un bénéficiaire déterminé ou à ses héritiers ne font pas partie de la succession de l'assuré. Le bénéficiaire, quelles que soient la forme et la date de sa désignation, est réputé y avoir eu seul droit à partir du jour du contrat, même si son acceptation est postérieure à la mort de l'assuré.

Art. 68.

Les sommes payables au décès de l'assuré à un bénéficiaire déterminé ne sont soumises ni aux règles du rapport à succession, ni à celles de la réduction pour atteinte à la réserve des héritiers de l'assuré.

Ces règles ne s'appliquent pas non plus aux sommes versées par l'assuré à titre de primes, à moins que celles-ci n'aient été manifestement exagérées en égard à ses facultés.

Art. 69.

Le capital assuré au profit d'un bénéficiaire déterminé ne peut être réclamé par les créanciers de l'assuré. Ces derniers ont seulement droit au remboursement des primes, dans le cas indiqué par l'article 68, deuxième alinéa, ci-dessus, en vertu soit de l'article 1167 du Code civil, soit des articles 446 et 447 du Code de commerce.

Art. 70.

Tout bénéficiaire peut, après avoir accepté la stipulation faite à son profit, et si la cessibilité de ce droit a été expressément prévue, ou avec le consentement du contractant, transmettre lui-même le bénéfice du contrat, soit par une cession dans la forme de l'article 1690 du Code civil, soit, si la police est à ordre, par endossement.

Art. 71.

Le bénéfice de l'assurance contractée par un époux commun en biens en faveur de son conjoint constitue un propre pour celui-ci.

Aucune récompense n'est due à la communauté en raison des primes payées par elle, sauf dans les cas spécifiés dans l'article 68, deuxième alinéa, ci-dessus.

Art. 72.

Les articles 559 et 564 du Code commerce concernant les droits de la femme du failli sont sans application en cas d'assurance sur la vie contractée par un commerçant au profit de sa femme.

Art. 66.

Skoro umowę ubezpieczenia na wypadek śmierci zawarto bez oznaczenia osoby uposażonej — suma ubezpieczenia wchodzi w skład spadku po kontrahencie.

Art. 67.

Sumy, płatność których została zastrzeżoną na rzecz określonej osoby uposażonej lub jej spadkobierców, z nastąpieniem śmierci ubezpieczonego — nie wchodzą w skład spadku po zmarłym. Uważa się, że uposażony, bez względu na formę i czas wyznaczenia, posiadał wyłączne prawo, począwszy od dnia zawarcia umowy, choćby nawet akceptacja nastąpiła po śmierci ubezpieczonego.

Art. 68.

Sumy, przypadające określonej osobie, uposażonej z nastąpieniem śmierci ubezpieczonego, nie podlegają przepisom o powrotach do spadku, ani też przepisom o zmniejszeniu z powodu naruszenia części obowiązkowej, przypadającej spadkobiercom ubezpieczonego.

Przepisy te nie mają zastosowania i do kwot, wpłaconych przez ubezpieczonego tytułem składek, chyba że były one jawnie wygórowane w stosunku do jego możliwości pieniężnych.

Art. 69.

Wierzyciele ubezpieczonego nie mogą rościć pretensyj do sumy ubezpieczenia, zastrzeżonej na rzecz określonej osoby uposażonej. Przysługuje im jedynie prawo do zwrotu składek w przypadku wskazanym wyżej w ustępie 2 Art. 68, a to na zasadzie Art. 1167 Kodeksu Cywilnego lub Art. Art. 446 i 447 Kodeksu Handlowego.

Art. 70.

Każdy uposażony, który zaakceptował uczynione na rzecz jego zastrzeżenie, może sam przelać dalej swe uprawnienie z umowy, sposobem przewidzianym w Art. 1690 Kodeksu Cywilnego lub też za pomocą indosu, jeżeli polisa opiewa na zlecenie — wszystko to jednak wtedy tylko, jeżeli zbywalność prawa tego została wyraźnie przewidziana, względnie za zgodą kontrahenta.

Art. 71.

Uposażenie z umowy ubezpieczenia, zawartej przez pozostającego we wspólności majątkowej małżonka na rzecz współmałżonka, stanowi własność tego ostatniego.

Z tytułu składek, zapłaconych z funduszów wspólnego majątku, nie ma żadnej rekompensaty na rzecz tegoż majątku, wyjąwszy wypadki, wyszczególnione w ustępie 2 Art. 68.

Art. 72.

Postanowienia Art. Art. 559 i 564 Kodeksu Handlowego, dotyczące praw żony upadłego, nie mają zastosowania do umowy ubezpieczenia życiowego, zawartej przez kupca na rzecz jego żony.

Art. 73.

Les époux peuvent contracter une assurance réciproque sur la tête de chacun d'eux par un seul et même acte.

Art. 74.

Tout intéressé peut se substituer au contractant pour payer les primes.

Art. 75.

L'assureur n'a pas d'action pour exiger le paiement des primes.

Le défaut de paiement d'une prime n'a pour sanction, après accomplissement des formalités prescrites par l'article 16, que la résiliation pure et simple de l'assurance ou la réduction de ses effets.

Dans les contrats d'assurance en cas de décès faits pour la durée entière de la vie de l'assuré, sans condition de survie, et dans tous les contrats où les sommes ou rentes assurées sont payables après un certain nombre d'années, le défaut de paiement ne peut avoir pour effet que la réduction du capital ou de la rente assurée, nonobstant toute convention contraire, pourvu qu'il ait été payé au moins trois primes annuelles.

Art. 76.

Les conditions de la réduction doivent être indiquées dans la police, de manière que l'assuré puisse à toute époque connaître la somme à laquelle l'assurance sera réduite en cas de cessation du paiement des primes.

L'assurance réduite ne peut être inférieure à celle que l'assuré obtiendrait en appliquant comme prime unique à la souscription d'une assurance de même nature, et conformément aux tarifs d'inventaire en vigueur lors de l'assurance primitive, une somme égale à la réserve de son contrat à la date de la résiliation, cette réserve étant diminuée de 1% aux maximum de la somme primitivement assurée.

Quand l'assurance a été souscrite pour partie moyennant le paiement d'une prime unique, la partie de l'assurance qui correspond à cette prime demeure en vigueur, nonobstant le défaut de paiement des primes périodiques.

Art. 77.

Sauf dans le cas de force majeure constaté par décret rendu sur la proposition du Ministre du Travail, le rachat sur la demande de l'assuré est obligatoire.

Des avances peuvent être faites par l'assureur à l'assuré.

Le prix du rachat, le nombre de primes à payer avant que le rachat ou les avances puissent être demandés, doivent être déterminés par un règlement général de l'assureur, sur avis du Ministre du Tra-

Art. 73.

Jedną umową można ubezpieczyć życie obojga małżonków, każdego z nich na rzecz drugiego.

Art. 74.

Każdy zainteresowany może się podstawić w miejsce kontrahenta, celem płacenia składek.

Art. 75.

Zakładowi Ubezpieczeń nie przysługuje skarga o zapłatę składek.

Zaniechanie zapłaty składki ma ten tylko skutek, po dopełnieniu formalności Art. 16 przepisanych, że następuje proste rozwiązanie umowy ubezpieczenia lub redukcja [4]).

Przy ubezpieczeniach na wypadek śmierci, zawartych na cały czas trwania życia ubezpieczonego i bez warunku przeżycia, oraz we wszystkich umowach, mocą których sumy lub renty ubezpieczenia są płatne po upływie pewnej ilości lat — zaniechanie zapłaty mieć może za skutek jedynie redukcję sumy lub renty ubezpieczenia, bez względu na odmienne postanowienia umowne, byleby zapłacone były co najmniej trzy składki roczne.

Art. 76.

Warunki redukcji wskazane być muszą w polisie w taki sposób, aby ubezpieczony mógł w każdym czasie wiedzieć, do jakiej sumy zredukowane zostanie jego ubezpieczenie w razie zaprzestania płacenia składek.

Zredukowane ubezpieczenie nie może być niższe od takiego, jakie mógłby uzyskać ubezpieczony w chwili zawierania ubezpieczenia tego samego rodzaju i na podstawie taryfy podstawowej [5]), obowiązującej w czasie zawarcia umowy pierwotnej, przez wniesienie, jako jednorazowej składki, kwoty odpowiadającej wysokości rezerwy w momencie rozwiązania umowy, z potrąceniem z tejże co najwyżej 1% pierwotnej sumy ubezpieczenia.

Gdy umowa ubezpieczenia opiera się częściowo na jednorazowej składce, odpowiadająca tejże suma ubezpieczenia nie ulega redukcji, pomimo zaniechania zapłaty składek okresowych.

Art. 77.

Poza wypadkiem siły wyższej, ustalonym w dekrecie wydanym na wniosek Ministra Pracy, ubezpieczony ma prawo żądać wykupu.

Zakład Ubezpieczeń udzielać może ubezpieczonemu zaliczek.

Wysokość wykupu i ilość składek, które należy opłacić, aby móc żądać wykupu lub zaliczek, ustalone być winny w ogólnym regulaminie Zakładu Ubezpieczeń, zatwierdzonym przez Ministra Pra-

---

[4]) Ubezpieczenie ze zniżoną sumą ubezpieczenia. Przyp. tłum.

[5]) Czyli składki netto z dodatkiem na koszty administracyjne (a więc bez dodatku za inkaso i na prowizję). Przyp. tłum.

vail. Ce règlement ne peut être modifié que par des règlements généraux postérieurs soumis au même avis.

Les dispositions du règlement général ne peuvent être modifiées par une convention particulière.

Les conditions du rachat doivent être indiquées dans la police, de manière que l'assuré puisse à toute époque connaître la somme à laquelle il a droit.

Art. 78.

Les assurances temporaires en cas de décès ne donnent lieu ni à la réduction ni au rachat. Ne comportent pas le rachat les assurances de capitaux de survie et de rente de survie, les assurances en cas de vie sans contre-assurance, et les rentes viagères différées sans contre-assurance.

Art. 79.

Le contrat d'assurance cesse d'avoir effet quand le bénéficiaire a occasionné volontairement la mort de l'assuré.

Le montant de la réserve doit être versé par l'assureur aux héritiers ou ayants cause du contractant, si les primes ont été payées pendant trois ans au moins.

En cas de simple tentative, le contractant a le droit de révoquer l'attribution du bénéfice de l'assurance, même si l'auteur de cette tentative avait déjà accepté le bénéfice de la stipulation faite à son profit.

Art. 80.

En cas de désignation d'un bénéficiaire par testament, le paiement des sommes assurées fait à celui qui, sans cette désignation, y aurait eu droit, est libératoire pour l'assureur de bonne foi.

Art. 81.

L'erreur sur l'âge de l'assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur.

Dans tout autre cas, si, par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente assurée est réduit en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré. Si, au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'assuré, une prime trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop, sans intérêt.

Art. 82.

En cas de faillite ou de liquidation judiciaire de l'assureur, la créance de chacun des bénéficiaires des contrats en cours est arrêtée, au jour du jugement de déclaration de faillite ou de liquidation judi-

cy. Regulamin ten mogą zmieniać tylko późniejsze zatwierdzone regulaminy ogólne.

Przepisy ogólnego regulaminu nie mogą być zmieniane umownie.

Warunki wykupu wskazać należy w polisie w taki sposób, aby ubezpieczony w każdym czasie wiedzieć mógł, do jakiej sumy przysługuje mu prawo.

Art. 78.

Przy ubezpieczeniach na wypadek śmierci z określonym czasem trwania nie ma ani redukcji, ani wykupu. Nie ma wykupu: przy ubezpieczeniach kapitału i renty na wypadek przeżycia, przy ubezpieczeniach na wypadek dożywocia bez zwrotu składek w wypadku wcześniejszej śmierci i przy odroczonych rentach dożywotnich bez zwrotu składek w wypadku wcześniejszej śmierci.

Art. 79.

Umowa ubezpieczenia przestaje obowiązywać, gdy uposażony rozmyślnie spowodował śmierć ubezpieczonego.

Sumę rezerwy winien Zakład Ubezpieczeń zwrócić spadkobiercom lub prawonastępcom kontrahenta, jeżeli składki zapłacono przynajmniej za trzy lata.

Jeżeli miało miejsce tylko usiłowanie — kontrahent ma prawo odwołać rozporządzenie odnośnie uposażenia z ubezpieczenia, choćby nawet uposażony — sprawca usiłowania — zaakceptował już był zastrzeżenie na rzecz jego uczynione.

Art. 80.

W razie wyznaczenia uposażonego w testamencie, wypłata sum ubezpieczenia uczyniona w dobrej wierze na ręce tego, kto miałby do nich prawo w braku tego wyznaczenia, zwalnia Zakład Ubezpieczeń.

Art. 81.

Błąd co do wieku pociąga za sobą nieważność ubezpieczenia wtedy jedynie, gdy rzeczywisty wiek ubezpieczonego przekracza granice, zakreślone w taryfach Zakładu Ubezpieczeń.

W każdym innym przypadku, jeżeli wskutek mylnego podania wieku wpłacona składka niższą jest od przypadającej, natenczas sumę lub rentę ubezpieczenia zmniejsza się w stosunku, zachodzącym pomiędzy składką pobraną a tą, która by odpowiadała rzeczywistemu wiekowi ubezpieczonego. Jeżeli natomiast okaże się, że z powodu mylnego podania wieku ubezpieczonego zapłacono składkę wyższą, Zakład Ubezpieczeń obowiązany jest do zwrotu nadpłaconej różnicy, bez odsetek.

Art. 82.

W razie upadłości lub likwidacji sądowej Zakładu Ubezpieczeń, wierzytelność każdego uposażonego z ważnej umowy ubezpieczenia zostaje, z dniem wyroku orzekającego upadłość lub likwidację sądową,

ciaire, à une somme égale à la réserve de chaque contrat, calculée sans aucune majoration sur les bases techniques du tarif des primes en vigueur lors de la conclusion du contrat.

Art. 83.

Sont considérées comme assurances populaires les assurances sur la vie, à primes périodiques, sans examen médical obligatoire, dont le montant ne dépasse pas, sur la même tête, 10.000 francs en capital ou 1.200 francs de rente, et dans lesquelles, en l'absence d'examen médical, le capital stipulé n'est intégralement payable en cas de décès que si le décès survient après un délai spécifié au contrat.

Par dérogation à l'article 75 ci-dessus, le paiement des primes de la première année est obligatoire. Le contrat pourra être rédigé en un seul exemplaire remis à l'assuré. Les dispositions de l'article 16 ci-dessus ne sont pas applicables.

TITRE IV.

Dispositions transitoires.

Art. 84.

Les dispositions de la présente loi portant prohibition de certaines clauses ne régissent que les assurances souscrites ou renouvelées six mois après sa promulgation, ainsi que les assurances d'une durée supérieure à dix ans dont la période décennale en cours est arrivée à expiration après ledit délai de six mois.

Sont pourtant applicables aux assurances antérieures:

L'article 3, relatif à la compétence en matière d'assurance;

L'article 5, limitant la durée de la nouvelle assurance en cas de tacite reconduction pour les assurances expirant après la promulgation de la présente loi;

Les articles 16 et 75, fixant les conséquences du défaut de paiement d'une prime;

L'article 20, relatif aux conséquences de la diminution des risques;

L'article 24, deuxième alinéa, déclarant nulles certaines clauses de déchéance contre l'assuré, pour les faits postérieurs à la promulgation de la présente loi;

L'article 58, prohibant les assurances contractées par d'autres personnes sur la tête d'un enfant de 12 ans, à l'exclusion de la disposition pénale sanctionnant cette prohibition.

Art. 85.

Les articles 25 à 27 s'appliquent aux actions résultant des contrats d'assurance conclus antérieurement à la promulgation de la présente loi.

obniżona do wysokości rezerwy każdej umowy, przy czym rezerwa ta ustala się bez żadnego dodatku na podstawach technicznych tej taryfy składek, która obowiązywała przy zawarciu umowy.

Art. 83.

Za ludowe uważa się ubezpieczenia życiowe o składkach okresowych bez obowiązkowego badania lekarskiego, na sumę nieprzekraczającą dla jednej osoby dziesięciu tysięcy franków kapitału lub tysiąca dwustu franków renty; przy takich ubezpieczeniach bez badania lekarskiego ubezpieczony kapitał, w razie śmierci, przypada w całości tylko wtedy, gdy śmierć ta nastąpiła po upływie czasokresu umową przewidzianego.

Wbrew postanowieniom Art. 75, uiszczenie pierwszorocznej składki jest obowiązkowe. Umowa może być spisana w jednym tylko egzemplarzu, który doręcza się ubezpieczonemu. Przepisy Art. 16 nie mają zastosowania.

TYTUŁ IV.

Przepisy przechodnie.

Art. 84.

Przepisy ustawy niniejszej, zakazujące wprowadzania pewnych klauzul, mają zastosowanie tylko do umów ubezpieczenia zawartych lub odnowionych w okresie sześciu miesięcy po ogłoszeniu tejże, oraz do umów ubezpieczenia o czasie trwania ponad lat dziesięć, których bieżący okres dziesięcioletni upływa po rzeczonym czasokresie sześciomiesięcznym.

Do umów wcześniej zawartych mają jednak zastosowanie:

Art. 3 o właściwości sądów w przedmiocie umów ubezpieczenia;

Art. 5 ograniczający czas trwania nowego ubezpieczenia w przypadku milczącego odnowienia umowy ubezpieczenia, ekspirującej po ogłoszeniu niniejszej ustawy;

Art. Art. 16 i 75 o skutkach zaniechania zapłaty składek;

Art. 20 o skutkach zmniejszenia się ryzyka;

Ustęp 2 Art. 24 orzekający nieważność pewnych zastrzeżeń w przedmiocie utraty prawa przez ubezpieczonego, w związku z wydarzeniami późniejszymi od ogłoszenia niniejszej ustawy;

Art. 58 zakazujący zawierania przez osoby trzecie umów ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka poniżej lat dwunastu, z wyjątkiem przepisu karnego, stanowiącego sankcję tegoż zakazu.

Art. 85.

Art. Art. 25 do 27 mają zastosowanie do skarg z umów ubezpieczenia, zawartych przed ogłoszeniem niniejszej ustawy.

Art. 86.

Sont abrogées toutes dispositions contraires à celles de la présente loi, et notamment les articles 2 et 3 de la loi du 19 février 1889, relatifs à l'attributions des indemnités dues par suite d'assurances;— la loi du 2 janvier 1902, relative à la compétence en matière d'assurances; — la loi du 8 décembre 1904, interdisant en France l'assurance en cas de décès des enfants de moins de 12 ans.

Art. 86.

Uchyla się wszelkie przepisy sprzeczne z przepisami niniejszej ustawy, a w szczególności:

Art. Art. 2 i 3 Ustawy z dn. 19 lutego 1889 roku co do praw do odszkodowań, należnych z tytułu ubezpieczeń;

Ustawę z dnia 2 stycznia 1902 roku o właściwości sądu w przedmiocie ubezpieczeń;

Ustawę z dnia 8 grudnia 1904 roku, zakazującą we Francji ubezpieczenia na wypadek śmierci dzieci poniżej lat dwunastu.

Dr T. POZNAŃSKI.

XI MIĘDZYNARODOWY KONGRES AKTUARIUSZY.

W dniach od 17 do 24 czerwca 1937 r. odbył się w Paryżu XI Międzynarodowy Kongres Aktuariuszy. Pierwszy podobny Kongres odbył się w Brukseli w 1895 i od tego czasu, z reguły co trzy lata odbywają się międzynarodowe zjazdy i narady aktuariuszy w różnych państwach.

Obecny — XI Międzynarodowy Kongres Aktuariuszy — odbywał się w Paryżu podczas Wszechświatowej Wystawy, podobnie jak to miało miejsce w roku 1900 przy okazji III Kongresu.

Dlatego też udział uczestników zagranicznych był niepomiernie duży: dokładnej liczby obecnych w Paryżu ustalić nie można, gdyż przygotowywana zazwyczaj zawczasu lista obecności (choćby prowizoryczna) nie była gotowa. Wymieniano jako liczbę obecnych około 1000 Aktuariuszy, a z członkami rodzin 1700—1800 osób.

Z Polski przybyło na Kongres 16 członków (z członkami rodzin 25); zapisanych zaś było 23 osób fizycznych i 6 osób prawnych.

Oficjalnymi delegatami Rządu na Kongresie byli: p. dr med. Tadeusz Dyboski, Dyrektor Departamentu Ubezpieczeń Społecznych w Ministerwie Opieki Społecznej, p. prof. Wacław Fabierkiewicz, Dyrektor Państwowego Urzędu Kontroli Ubezpieczeń i p. dr fil. Henryk Greniewski, Aktuariusz w Departamencie Ubezpieczeń Społecznych.

Kongres odbywał się pod wysokim protektoratem Prezydenta Republiki Francuskiej i Rządu Francuskiego. W skład Prezydium honorowego wszedł z ramienia Polski p. Marian Zyndram-Kościałkowski, Minister Opieki Społecznej, który powitał Kongres odpowiednim telegramem, w którym podkreślił znaczenie, jakie Rząd Rzeczypospolitej przywiązuje do zagadnień aktuarialnych przy rozwiązywaniu problematów ubezpieczeniowych.

Faktyczne kierownictwo Kongresu leżało w rękach pp. Louis Weber i Paul Razous jako przewodniczących Kongresu, pp. Henri Auterbe i André Burlot jako Sekretarz Generalny oraz pp. Henri Marais i Pierre Dubois, jako zastępców Sekretarzy Generalnych.

Organizację Kongresu przygotował Francuski Instytut Aktuariuszy wraz z Brukselskim Stałym Komitetem Międzynarodowych Kongresów Aktuariuszy w częściowym oparciu na korespondentach krajowych; rolę korespondenta na Polskę pełnił p. dr Tadeusz Poznański.

Obrady Kongresowe poprzedzone zostały uroczystym zebraniem inauguracyjnym w Wielkiej Auli (Grand Amphitéâtre) Sorbony w obecności reprezentantów 31 krajów. Otwarcia dokonał p. Amédée Bégault, wieloletni przewodniczący Stałego Komitetu Międzynarodowych Kongresów Aktuariuszy w Brukseli. Zasługą tego Komitetu, a w szczególności jego przewodniczącego jest, że międzynarodowe Kongresy Aktuariuszy dochodzą w ogóle do skutku; Pan Bégault jest chyba jednym z nielicznych już

uczestników wszystkich dotychczasowych Kongresów od 1895 roku począwszy.

Po powitaniu przedstawiciela Rządu Francuskiego w osobie p. J. Ferdinand Dreyfus, wybitnego aktuariusza i dyrektora generalnego Ubezpieczeń Społecznych w francuskim Ministerstwie Pracy, Przewodniczący w krótkości podał ewolucję tematów prac Kongresowych.

Pierwsze Kongresy zajmowały się wyłącznie sprawami dotyczącymi ubezpieczeń na życie, następne już interesowały się ubezpieczeniem nieszczęśliwych wypadków i innych ryzyk oraz ubezpieczeniem społecznym.

Stopniowo sfery zainteresowań aktuariuszy się rozszerzały, co widać choćby z programu obecnego Kongresu, gdzie po raz pierwszy wprowadzono sprawę ryzyka lotniczego oraz poświęcono sporo miejsca ubezpieczeniom szkodowym.

Na Przewodniczących Kongresu wybrano przez aklamację pp. Louis Weber i Paul Razous; na Sekretarzy Generalnych pp. Henri Auterbe i André Burlot, a na ich zastępców pp. Henri Marais i Pierre Dubois. W skład Prezydium weszli poza tym w charakterze wiceprzewodniczących i sekretarzy przedstawiciele członków Kongresu z poszczególnych krajów m. i. p. dr Tadeusz Poznański, w charakterze wiceprezesa i p. dr Aleksander Grużewski, w charakterze sekretarza.

Bardzo ciekawe przemówienie wygłosił jeden z 2 honorowych Przewodniczących Kongresu, p. Max Hermant, Prezes Francuskiej Federacji Zakładów Ubezpieczeń (prywatnych). W przemówieniu swym zanalizował on rolę aktuariuszy i wiedzy aktuarialnej w ogólnych postępach nauki; w szczególności mówca, powołując się na filozofa francuskiego Reichenbacha, podkreślił coraz więcej się rozszerzający zakres stosowalności teorii i rachunku prawdopodobieństwa; gdy dawniej we wszystkich dziedzinach wiedzy dominowało pojęcie „przyczynowości", ustępuje ono obecnie coraz więcej pojęciu „prawdopodobieństwa"; tak ma się rzecz w naukach przyrodniczych, jak i filozoficznych, gdzie np. pojęcie logiki deterministycznej ustępuje miejsca „logice prawdopodobieństw". Przepowiednie naukowe w wielu dziedzinach według prof. Reichenbacha upodabniają się coraz więcej do „gier losowych", będących wszak przedmiotem badań aktuariuszy. Dawniejsze *twierdzenia* kategoryczne zastępowane są stopniowo przez *prawdopodobieństwa zjawiska* lub *prawdopodobieństwa prawa:* operacje algebraiczne rachunku prawdopodobieństwa stają się coraz silniej nieodzownym elementem wszystkich rozważań; istnienie teorii prawdopodobieństwa, jako „nauki o przypadku" wydaje się w tych warunkach elementem zasadniczym przy poznawaniu wszechświata. W ten sposób według pięknych słów Prezesa Max Hermant'a — doniosłość prac aktuariuszy staje się coraz wyraźniejsza.

W imieniu rządu francuskiego powitał Kongres p. Jacques Ferdinand Dreyfus; w przemówieniu swym wskazał on etapy rozwoju wiedzy aktuarialnej, podkreślając powszechność stosowania „teorii prawdopodobieństwa" w różnych dziedzinach wiedzy i cytując znane wyrażenie myśliciela francuskiego Henri Poincaré, że „les faits prévus sont seulement probables". Mówca wskazywał wielką doniosłość prac Kongresu niniejszego, w szczególności badanie wpływu wahań stopy procentowej na ubezpieczenia życiowe i ubezpieczenia społeczne.

Program Kongresu obejmował sześć tematów zasadniczych, które były dyskutowane na posiedzeniach Kongresu w Paryżu oraz pięć tematów dodatkowych, dla których dyskusja nie była przewidziana.

Referatów dyskusyjnych zgłoszono na Kongres 84 i memoriałów, tj. prac, które nie były przedmiotem dyskusji, 36, z czego przypada na poszczególne tematy:

Referatów dyskusyjnych		Memoriałów	
na temat I	7	na temat a	6
„ II	22	„ b	5
„ III	13	„ c	11
„ IV	9	„ d	2
„ V	19	„ e	8
„ VI	14		

i na tematy poza programem zgłoszono prac 14.

Autorzy poszczególnych referatów i memoriałów rekrutowali się z następujących krajów (w porządku alfabetycznym wg brzmienia urzędowego w języku francuskiem):

	Referatów	Memoriałów	Razem
I. Niemcy	6	5	11
II. Austria	6	1	7
III. Belgia	1	1	2
IV. Kanada	5	2	7
V. Dania	1	1	2
VI. St. Zjednoczone	6	4	10
VII. Finlandia	—	2	2
VIII. Francja	8	2	10
IX. Anglia	6	—	6
X. Włochy	9	3	12
XI. Japonia	3	—	3
XII. Norwegia	4	1	5
XIII. Holandia	2	2	4
XIV. Polska	6	3	9
XV. Rumunia	—	1	1
XVI. Szwecja	5	2	7
XVII. Szwajcaria	7	3	10
XVIII. Czechosłowacja	8	1	9
XIX. Jugosławia	1	2	3
Razem	84	36	120

Pierwszy temat nosił tytuł: *Studia statystyczne i techniczne ryzyka lotniczego zarówno w ubezpieczeniu na życie, jak i w ubezpieczeniu od nieszczęśliwych wypadków.*

Organizatorzy — w notatce programowej — zaznaczyli, że oczekują referatów, obejmujących nie tylko studia dotyczące ryzyka „osobowego”, lecz także i „rzeczowego”, jak „casco” (aparatów lotniczych) oraz „cargo” (przewożonych towarów).

Na temat ten opracowano siedem referatów, które były przedmiotem referatu generalnego p. M. Henry, wygłoszonego na Kongresie; w przemówieniu swym referent omówił szczegółowo zagadnienia dotyczące ryzyka w lotnictwie, a będące przedmiotem powyższych referatów, podkreślając indywidualne poglądy poszczególnych autorów na to aktualne zagadnienie. We wspomnianych referatach znajdujemy obok statystyk przebiegu wypadków lotniczych także uwagi co do cech, jakie powinien posiadać dobry lotnik i dobry aparat, a także poglądy co do ewentualnego podziału ryzyka przez tworzenie „międzynarodowego pool'u", ze względu na niewspółmierność wysokości sum, jakie mogą być płatne z jednego zdarzenia (kilkanaście lub nawet kilkadziesiąt ofiar wraz z dużą wartością samego aparatu).

W dyskusji podkreślono m. i. bardzo szybki rozwój techniczny lotnictwa, co powoduje, że doświadczenia przeszłości tylko z nader wielką ostrożnością mogą być użyte dla oceny przyszłości, w szczególności z uwagi na coraz większy zasięg lotnictwa i coraz większą kumulację osób przewożonych w jednym samolocie; zwrócono także uwagę na celowość ujednostajnienia przepisów międzynarodowych w dziedzinie odpowiedzialności cywilnej i kosztów ratunku, a także ciągłej wymiany doświadczeń i ewentualnej wymiany ryzyk drogą reasekuracji czy też pool'u.

Temat 2-gi nosił tytuł „Wahania stopy procentowej i ich wpływ na ubezpieczenia na życie i organizmy ubezpieczeń społecznych". Przy tym temacie oczekiwano: a) badania wpływu wahań stopy procentowej na składki, rezerwy, jak również na lokaty prywatnych zakładów ubezpieczeń i ubezpieczeń społecznych; b) zbadania środków do łagodzenia wpływu tych wahań na stan rezerw i c) zbadania okoliczności towarzyszących raptownym zmianom stopy procentowej wskutek zarządzeń państwowych.

Temat powyższy był przedmiotem 22 referatów; niektóre z nich zawierały materiał sprawozdawczy informujący o ruchach stopy procentowej w odpowiednich okresach w poszczególnych krajach i częściowo także o związanej z tymi zmianami polityce lokacyjnej zakładów ubezpieczeń, a inne referaty wykazują zależność wartości technicznych od ruchu stopy procentowej, w szczególności wpływ zmiany stopy procentowej na rezerwy techniczne.

Referat wprowadzający opracowany został przez p. Henri Auterbe, który zanalizował przedstawione referaty, grupując według cech:

a) wpływ zmiany stopy procentowej na taryfy, rezerwy, rodzaj lokat i ich termin,

b) różne sposoby ustrzeżenia się od skutków wahań stopy procentowej,

c) badanie konsekwencji nagłej zmiany stopy procentowej, spowodowanej zarządzeniami ustawowymi.

W dyskusji brało udział 11 osób, m. i. p. dr Henryk Greniewski i p. dr M. Jacob.

Pan Greniewski, zabierając głos w dyskusji, przypomniał o pewnych doświadczeniach w dziedzinie lokat o tzw. „stałym oprocentowaniu". Podczas ostatniej światowej depresji koniunkturalnej w pewnych krajach pod naciskiem konieczności gospodarczych przeprowadzono przymusową konwersję obligacyj, polegającą przeważnie na zniżce nominalnej stopy oprocentowania lub przedłużeniu okresu umarzania. W ten sposób *przejściowe* straty koniunkturalne dłużnika pociągnęłyby za sobą *trwałe* straty wierzyciela (posiadacza obligacyj). Mówca wyraził przekonanie, że nie ma

dostatecznych podstaw do przypuszczenia, że w przyszłości nie będą się zdarzać równie głębokie i uporczywe depresje koniunkturalne, jak ostatnia.

W związku z powyższym mówca proponuje emitowanie zamiast obligacyj o konstrukcji klasycznej — obligacyj o elastycznym oprocentowaniu, bądź elastycznym okresie umarzania. Elastyczność obsługi emisji byłaby w sposób z góry ustalony związana z pewnym odpowiednio skonstruowanym wskaźnikiem koniunktury gospodarczej. Pan Greniewski zaznaczył, że wysuwa powyższy projekt pomimo, że zdaje sobie całkowicie sprawę z trudności technicznych, związanych z emisją takich obligacji oraz ze sporządzeniem bilansu zakładu ubezpieczeń, któryby posiadał te obligacje w swym portfelu papierów wartościowych.

Pan dr Jacob, którego praca kongresowa została przez niego zreferowana w formie odczytu w Polskim Instytucie Aktuariuszy jeszcze w lutym rb., a która ukazała się następnie w „Przeglądzie Ubezpieczeniowym" Nr. 1—2 z r. 1937, zaznacza, że w swej pracy starał się w pierwszym rzędzie sformułować czysto praktyczny wynik swych badań, a mianowicie, że w razie zmiany stopy procentowej zmiana wartości ubezpieczeniowych jest funkcją jedynie stopy procentowej i czasokresu ubezpieczeniowego i jest prawie niezależna od wieku. Wyniki te są jednakże szczególnym przypadkiem ogólniejszego rozumowania, które z jednej strony pozwala na jasne ujęcie problemu z punktu widzenia logicznego, a nie na wskroś rachunkowego, a z drugiej strony pozwala na wyprowadzenie formuł aproksymatywnych, umożliwiając równocześnie oszacowanie popełnionych przy tym odchyleń.

Zagadnienie, które należy w związku z tym rozwiązać, można ująć krótko w sposób następujący:

Mając daną najogólniejszą formę ubezpieczenia, opartą na pewnych założeniach demograficznych i finansowych, obliczyć modyfikację odnośnych składek i rezerw matematycznych w przypadku, gdy założenia demograficzne i finansowe zostają zmienione, a to pod warunkiem, że używa się nadal dotychczasowych elementów niezmodyfikowanych.

Mówca zaznacza, że rozwiązaniem tego zagadnienia zajął się w ostatnich latach w całym szeregu prac, wychodząc przy tym z teorii Cantelli'ego o „kapitałach akumulowanych". Rozwiązanie to polega na tym, że modyfikacja założeń demograficznych i finansowych zostaje zastąpiona przez rozszerzenie danej formy ubezpieczeniowej za pomocą specjalnych dodatkowych ubezpieczeń, przy czym ustalenie tych dodatkowych ubezpieczeń daje równocześnie możność znalezienia formuł aproksymatywnych i oszacowania popełnionych błędów.

W najprostszym przypadku rozumowanie to sprowadza się właściwie do konsekwentnego i logicznego zastosowania znanej formuły rekurencyjnej dla rezerwy matematycznej.

Temat 3-ci dotyczył reasekuracji ubezpieczeń życiowych, ogniowych, wypadkowych i innych ryzyk. Przy tym punkcie zależało inicjatorom na zebraniu informacyj co do sposobu reasekuracji poszczególnych działów ubezpieczeń w odpowiednich krajach; w szczególności wysunięto sprawę reasekuracji na podstawie metody tzw. Excess of Loss, przy której świadczenia reasekuratora nie są proporcjonalne do świadczeń zakładów ubezpieczeń względem ubezpieczających; temat ten opracowano w 13 referatach.

Zgłoszone na omawiany temat prace noszą charakter bądź aktuarialny, bądź czysto prawny, bądź historyczno-sprawozdawczy; przy tym — zgodnie z programem Kongresu — autorzy nie ograniczali się w swych referatach do ubezpieczeń życiowych, lecz poruszali również ubezpieczenia rzeczowe (szkodowe).

Specjalnie ciekawe są studia teoretyczne dotyczące reasekuracji według systemu Excess of Loss.

Referat wprowadzający wygłosił p. Cosmao Dumanoir, streszczając główne referaty.

W dyskusji ciekawa była polemika pomiędzy dyr. Schulz'em z Berlina i p. Luigi Riedel z Triestu co do pewnych metod charakteru raczej buchalteryjnego w reasekuracji ubezpieczeń życiowych; ciekawa również była obrona przez p. Ivara Hesselberga z Oslo co do jego referatu dotyczącego reasekuracji przy metodzie Excess of Loss, zwalczanej przez niektórych innych mówców. W tym przedmiocie w obronie wspomnianej metody Excess of Loss stanął prof. Harald Cramér (Sztokholm), podkreślając wielką wagę tej formy reasekuracji i apelując do podjęcia dalszych prac w tym kierunku. W dyskusji wziął również udział dr Tadeusz Poznański, przypominając referat swój, zgłoszony w grupie prac bez dyskusji o księgowaniu obrotów reasekuracyjnych. Nawiązując do referatów, zgłoszonych w tej samej grupie przez pp. T. Dahlgren'a z Malmö oraz M. F. Riederer'a von Paar i W. Sachs'a z Niemiec, dr Poznański wystąpił z wnioskiem o międzynarodowe uregulowanie form sprawozdań zakładów ubezpieczeń.

Temat 4-ty, opracowany przez 9 autorów, dotyczył zagadnienia sporządzania statystyk wypadków przy pracy w ramach międzynarodowych.

Referat wprowadzający wygłosił p. R. Risser, który streścił poszczególne prace; w związku z referatami pp. Thalmann'a i Wunderlin'a zabrał głos p. prof. Riebesell podczas dyskusji nad tematem 6-tym „Ubezpieczenie od ognia i ubezpieczenia rzeczowe" co do stosowalności teorii prawdopodobieństwa do zjawisk różnego rodzaju, krytykując opinie ograniczające stosowalność teorii prawdopodobieństwa do ograniczonej grupy zjawisk, których wahania podlegają teorii błędów.

Temat 5-ty miał za zadanie zanalizowanie związku między ubezpieczeniami grupowymi, instytucjami patronalnymi i ubezpieczeniami społecznymi; na temat ten zgłoszono 19 prac.

Niektóre z nich posiadają charakter sprawozdawczy (np. o stosunkach w Anglii, Austrii, Holandii, Italii, Niemczech, Norwegii, Szwecji, Stanach Zjedn. i innych krajach), inne zaś natomiast posiadają charakter badań aktuarialnych.

Referat wprowadzający wygłosił p. Henri Marais.

W ustnej dyskusji, która zajęła dwa posiedzenia, wzięło udział 16 mówców, m. in. pp. Dyr. Dyboski i p. Koźniewski.

P. Dyr. Dyboski zaznaczył, że „w przeciwieństwie do ogółu ustawodawstw zagranicznych — istnieje w Polsce ustawowe określenie ubezpieczeń społecznych. Specjalne rozporządzenie z 1928 r. za zakłady ubezpieczeń społecznych uważa: 1) instytucje ubezpieczeń oparte na przymusie prawno-publicznym i 2) pracownicze kasy ubezpieczeń, do których należą pracownicy na podstawie stosunku roboczego lub służbowego. W ten sposób w Polsce kasy pracownicze wchodzą w zasięg polityki socjalnej Mini-

sterstwa Opieki Społecznej, przy czym istnieją w dziedzinie ubezpieczeń emerytalnych i na życie (pośmiertne).

Kasy emerytalne powstały w kilku skupieniach przemysłowych i to w okresach przed wprowadzeniem jeszcze publicznych ubezpieczeń emerytalnych. Były więc prekursorami ubezpieczeń przymusowych, a po ich wprowadzeniu — grają rolę dodatkową, jako uzupełnienie tych potrzeb danej gałęzi pracy, które nie mogą być zaspokojone przez ustawodawstwo ogólne. Działalność kas pośmiertnych nie jest zorganizowana jednolicie w całym państwie. Dają się tu we znaki stare przepisy dzielnicowe, dotychczas nie uporządkowane. Potrzeba jednak tego uregulowania całokształtu działalności i nadzoru nad pracowniczymi kasami ubezpieczeń wywołała konieczność opracowania projektu specjalnej ustawy, która rozszerza pojęcia tych kas i ma na celu zagwarantowanie im trwałych podstaw finansowych. Projekt ustawy obok dziedziny kas pracowniczych, uregulować ma również pewne zagadnienia z zakresu funduszów emerytalnych. Urządzenia patronalne są w Polsce szeroko rozwinięte. Prowadzone przez Państwo samorządy i instytucje prawno-publiczne zwalniają częstokroć od obowiązku publicznych ubezpieczeń emerytalnych, w dziedzinie jednak prywatnej nie są poddane żadnym normom prawnym. Projekt ustawy reguluje te spośród nich, które opierają się obok świadczeń pracodawców na składce pracowników i wciąga je w orbitę ubezpieczeń społecznych.

Formalnie zupełnie niezależne, jednak ideowo pokrewne z ubezpieczeniami społecznymi są ubezpieczenia grupowe. Datują się one w Polsce od lat około 10 i prowadzone są głównie przez P.K.O. Rozwój ich obok pracowniczych kas ubezpieczeń oraz różnorodnych urządzeń patronalnych wskazuje na fakt, że funkcjonowanie ubezpieczeń publicznych, ze względu na swą istotę, obejmujących szerokie rzesze pracowników i zabezpieczających ich od najpowszechniejszych ryzyk, pobierających skromne składki i udzielających świadczeń na niskim stosunkowo poziomie — stwarza dla szerokich mas pole do zapewniania sobie świadczeń dodatkowych, uzupełniających system ubezpieczeń publicznych".

Pan Andrzej Koźniewski, zabierając głos w dyskusji przy temacie dotyczącym stosunków pomiędzy ubezpieczeniem grupowym, instytucjami patronalnymi i ubezpieczeniem społecznym, zanalizował zagadnienie *dodatkowych* ubezpieczeń emerytalnych do ubezpieczeń *powszechnych*.

Mówca podkreślił, że jeżeli ubezpieczenie specjalne dotyczy jedynie osób nie podlegających przynajmniej w danej chwili ubezpieczeniu powszechnemu, natenczas stosunki między tymi dwoma ubezpieczeniami polegają na uregulowaniu sprawy przejścia ubezpieczonych z jednego ubezpieczenia do drugiego. Gdy natomiast — jak to ma miejsce przy *ubezpieczeniach dodatkowych* — te same osoby są ubezpieczone zarówno w ubezpieczeniu powszechnym, jak i w ubezpieczeniu specjalnym, powstają różne nowe zagadnienia, które wymagają specjalnego uregulowania.

Pan A. Koźniewski zaznaczył na wstępie, że bez względu na formę świadczeń ubezpieczenia powszechnego, istnieje możliwość takiego uregulowania świadczeń ubezpieczenia specjalnego, by służyły one jedynie na *zwiększenie* świadczeń ubezpieczenia powszechnego.

Jeżeli jednakże świadczenia ubezpieczenia specjalnego przyznawane są w warunkach odmiennych, na ogół dla ubezpieczonego korzystniejszych,

aniżeli w ubezpieczeniu powszechnym, natenczas powstają poważne trudności w uregulowaniu nasuwających się tu zagadnień. Po szczegółowym omówieniu sposobów zwiększenia świadczeń ubezpieczenia ogólnego przez ubezpieczenie dodatkowe, mówca przytoczył jako przykład jednoczesnego funkcjonowania ubezpieczenia ogólnego i ubezpieczenia dodatkowego polskie ubezpieczenia górnicze na Górnym Śląsku, gdzie ubezpieczenia górnicze są dawniej wprowadzone od ogólnego ubezpieczenia społecznego i gdzie ubezpieczenia górnicze stały się dodatkowymi po wejściu w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

Na zakończenie mówca nadmienił, że Instytut Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie zapoczątkował specjalne prace badawcze nad wzajemnym stosunkiem różnych form ubezpieczenia emerytalnego i należy spodziewać się, że wyniki tych prac będą wkrótce ogłoszone.

Temat 6-ty (14 referatów) dotyczył ubezpieczeń ogniowych i ubezpieczeń szkodowych.

Referat wprowadzający opracował p. P. Dubois, wypowiadając się za stosowalnością metod matematycznych do badań w tej dziedzinie, co zostało jaskrawo uwidocznione w niektórych przedłożonych referatach. W dyskusji na ten temat brali udział m. i. pp. Weiss z Wiednia i Myslivec z Pragi, poruszając sprawy ubezpieczeń gradowych oraz prof. Riebesell.

Na tematy bez dyskusji przedstawiono razem 32 referaty oraz dodatkowo 4 referaty na tematy „poza programem".

Dyskusje nad poszczególnymi tematami, o których przed tym mówiliśmy, były niezmiernie ożywione i ciekawe, aczkolwiek omówienie tych prac było znacznie utrudnione, gdyż Komitet Organizacyjny nie zdążył przygotować — tak, jak to było praktykowane na poprzednich kongresach — streszczeń poszczególnych referatów w innych językach, niż oryginał referatu, a poza tym same referaty były doręczone uczestnikom prawie w przeddzień Kongresu.

W ostatnim dniu obrad, w czasie rozważań o wyborze miejsca następnego, dwunastego, Międzynarodowego Kongresu Aktuariuszy, który ma się odbyć po trzech latach, tj. w roku 1940, prof. dr S. Dumas, Prezes Związku Szwajcarskich Aktuariuszy, zaprosił następny Kongres do Szwajcarii (nie precyzując miasta), co zostało przyjęte z niekłamanym zadowoleniem przez cały obecny wówczas na sali świat aktuariuszy.

Organizacja XII Kongresu należy zatem do Association des Actuaires Suisses w porozumieniu z Comité Permanent. Projekt tematów Kongresowych będzie przez Szwajcarów opracowany i przedłożony Komitetowi Stałemu do opinii.

Miejmy nadzieję, że zawierać on będzie sprawy, które znajdą zainteresowanie i polskich aktuariuszy i że udział nasz w pracy XII Kongresu nie będzie mniejszy, aniżeli na Kongresie Paryskim.

Dr T. Poznański.

ORZECZNICTWO SĄDOWE.

1. ZATAJENIE.

W uzupełnieniu artykułów w tej dziedzinie, ogłoszonych już w Przeglądzie (zeszyt 1 z roku 1932, zeszyt 3/4 z roku 1933, zeszyt 2/3 z roku 1936 i zeszyt 6 z roku 1936) przytoczymy jeszcze dwa orzeczenia Sądu Najwyższego, które rozstrzygają parę zasadniczych kwestii w tej dziedzinie. Orzeczenia te, z których jedno opublikowane zostało już po wydrukowaniu ostatniego artykułu, a drugie zostało nadesłane nam obecnie, omawiają następujące zagadnienia.

1) Pierwsza kwestia, jaką oba te orzeczenia przesądzają, to kwestia znaczenia badania lekarskiego. W każdym procesie w dziedzinie zatajenia obrońcy zakładów ubezpieczeń spotykają się z zarzutami, niejednokrotnie uwzględnionymi przez sądy, nawet apelacyjne, że nie można ubezpieczonemu poczytywać za winę zatajenia choroby, na którą cierpiał przed ubezpieczeniem się lub w czasie zawierania umowy ubezpieczenia, skoro poddał się badaniu lekarskiemu przed przyjęciem wniosku o ubezpieczenie przez zakład ubezpieczeń i lekarz badający nie znalazł ukrytej choroby lub jej śladów i uznał, że ubezpieczony nadaje się w zupełności do ubezpieczenia.

Ten mylny z wielu względów pogląd, jak to wykazaliśmy w artykule zamieszczonym w zeszycie 6 Przeglądu z roku 1936, może nareszcie przestanie być wytaczany jeśli nie przez obrońców przeciwników zakładów ubezpieczeń, to chociaż przez sądy nasze.

W obu orzeczeniach poniższych Sąd Najwyższy zajął stanowisko, że fakt, iż lekarz zaufania zakładu ubezpieczeń badający ubezpieczonego, nie wykrył zatajonej przez ubezpieczonego choroby (operacji), nie anuluje winy ubezpieczonego, bowiem dopuszczenie się zaniedbań ze strony funkcjonariusza zakładu ubezpieczeń, jakim jest lekarz zaufania, nie umniejsza winy ubezpieczonego, polegającej na zatajeniu przez niego ważnej okoliczności, która miała wpływ na powiększenie niebezpieczeństwa, a przez to samo uprawniało zakład ubezpieczeń do odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

Ten pogląd Sądu Najwyższego jest o tyle ciekawy, że (w orzeczeniu Nr 1902/35) chodziło o fakt zatajenia przez ubezpieczoną faktu tak łatwo dostrzegalnego, jak amputację piersi.

Stanowisko to Sądu Najwyższego jest najzupełniej słuszne. Skoro ubezpieczony składa fałszywe oświadczenie, to świadomie i podstępnie wprowadza w błąd zakład ubezpieczeń, któremu to oświadczenie złożył, a żaden przepis prawa ani cywilnego, ani ubezpieczeniowego, ani warunków ogólnych ubezpieczeń nie zwalnia go od skutków jego podstępu przez to, że funkcjonariusz zakładu ubezpieczeń nie mógł, nie umiał, czy może nie chciał skonstatować tego podstępu. Gdyby jeszcze lekarz zakładu

ubezpieczeń był chociaż funkcjonariuszem zakładu ubezpieczeń, który decyduje o przyjęciu ubezpieczenia, wówczas możnaby jeszcze mieć pewne, choć słabe zresztą wątpliwości, czy ubezpieczający nie może tłumaczyć się tym, że został przez niego zbadany. Skoro jednak, jak wiemy, lekarz zaufania daje tylko swą opinię władzom zakładu, które po zestawieniu tej opinii z odpowiedziami ubezpieczonego decydują, czy zakład może dane ubezpieczenie przyjąć, to tylko w tym wypadku ubezpieczony mógłby nie ponosić skutków zatajenia, gdyby udowodnił, że władze zakładu ubezpieczeń wiedziały o zatajonej chorobie, a pomimo to zawarły umowę ubezpieczenia.

2) Oba orzeczenia Sądu Najwyższego podkreślają wyraźnie, że przy zatajeniu mamy do czynienia z podstępem ze strony ubezpieczonego. Ażeby tę kwestię, również niezmiernie ważną w kwestiach zatajenia dokładnie wyjaśnić, podamy przy jednym z orzeczeń Sądu Najwyższego wyroki niższych instancji, które obszernie tę kwestię wyświetlają, a przede wszystkim przytoczymy przepisy prawne, jakie obowiązywały i obowiązują obecnie w kwestii błędu i podstępu, którym strona wprowadziła w błąd drugą stronę.

Według przepisów art. 36—39 kodeksu zobowiązań oraz uzasadnienia Komisji Kodyfikacyjnej do tych artykułów (vide Komentarze Leona Peipera str. 57—63 i uzasadnienie Lonschamps de Berier str. 37—43) zobowiązanie przyjęte na siebie przez stronę, spowodowane błędem, w pewnych wypadkach może być uznane przez sąd za nieważne. Nieważność ta, a raczej możliwość uchylenia się od skutków prawnych swego oświadczenia, nie zawsze ma miejsce, bowiem projektodawcy kodeksu zobowiązań wychodzili z założenia, że każdy zawierający umowę powinien działać rozważnie i wystrzegać się błędu. Jeśli mimo dołożenia rozwagi ktoś popadnie w błąd, w zasadzie powinien on ponosić szkodę sam, a nie przerzucać jej na drugiego kontrahenta. Jeżeli jednak do powstania błędu przyczyniła się chociażby bez swej winy, druga strona, słuszność nakazuje wtedy wziąć w obronę błądzącego przed skutkami zachowania się drugiej strony, bo rozwaga przy zawieraniu umowy polega nie tylko na unikaniu błędu własnego, ale i na unikaniu wprowadzenia w błąd drugiego. Wymaga tego lojalność pożądana w stosunkach obrotowych. Wychodząc z tych założeń kodeks zobowiązań odróżnia błąd co do pobudki od błędu co do treści swego oświadczenia. Błąd co do pobudki polega na niezgodnym z prawdą podaniu przyczyny, która skłoniła stronę do zawarcia umowy. Błąd co do istoty zachodzi wówczas, gdy każdy oceniając rzecz bezstronnie musi dojść do przekonania, że strona błądząca nie byłaby zawarła umowy lub zawarłaby ją inaczej, gdyby nie była działała pod wpływem błędu. Inaczej mówiąc, błędami co do istoty, a zatem co do treści oświadczenia są wszelkie błędy co do natury czynności prawnej, co do identyczności i przymiotów rzeczy i osób, do których oświadczenie się odnosi, wreszcie wszelkie pomyłki w oświadczeniu. Podział ten istniejący i w dawnych kodeksach naszych, a mianowicie w art. 1110 Kodeksu Napoleona, §§ 871, 901 austriackiego kodeksu cywilnego i § 119 niemieckiego kodeksu cywilnego, ma to znaczenie, że kodeks zobowiązań, jak i dawne kodeksy cywilne, postanawiają, że błąd istotny upoważnia stronę wprowadzoną przez drugą stronę w błąd do uchylenia się od skutków zawartej umowy, natomiast błąd co do pobudki ma ten skutek tylko wówczas, gdy

został wywołany przez drugiego kontrahenta świadomie lub nawet z użyciem podstępu. W tych wypadkach błąd co do pobudki kodeksy powołane zrównały z błędem co do treści. Wymaga tego choćby wzgląd na dobre obyczaje i minimum lojalności w obrocie (art. 39 kodeksu zobowiązań, 1116 i 1117 kodeksu Napoleona, § 870 austriackiego kodeksu cywilnego i § 123 niemieckiego kodeksu cywilnego). Motywem prawodawczym uchylenia skutków takiego oświadczenia jest wówczas nie tylko nieprawidłowe powzięcie i oświadczenie woli, jak w przypadkach błędu co do istoty umomy, lecz także naganne, nie zasługujące na aprobatę porządku prawnego zachowanie się drugiej strony.

Co należy rozumieć przez podstęp, znajdujemy wyjaśnienie w judykaturze niemieckiej, która stwierdza, że podstęp w prawie cywilnym nie jest identycznym z pojęciem oszustwa podpadającego pod ustawę karną; nie wymaga on zamiaru wyrządzenia szkody, — wystarcza tu zamiar skłonienia strony drugiej do złożenia oświadczenia w ogóle lub oświadczenia o pewnej treści, któregoby strona w innym wypadku nie złożyła, przy czym nie wyklucza podstępu okoliczność, że strona druga mogła łatwo poznać się na podstępie.

Niewątpliwie więc ubezpieczony, który otrzymał egzemplarz warunków ogólnych ubezpieczeń, w których zwraca mu się specjalnie uwagę przepisami o zatajeniu na skutki wprowadzenia w błąd zakładu ubezpieczeń i który stwierdza ponadto w protokóle badania lekarskiego, że odpowiedzi jego na pytania w protokóle są dokładne i prawdziwe oraz, że zgadza się, aby te odpowiedzi stanowiły podstawę do umowy o ubezpieczenie, a jednocześnie zataja najistotniejsze okoliczności, mogące zorientować badającego lekarza w stanie zdrowia jego i to w dodatku okoliczności z reguły nie dające się wykryć przy zwykłym, powierzchownym badaniu lekarskim, popełnia najwyraźniejszy podstęp w celu uzyskania ubezpieczenia lub uzyskania go na warunkach dla zakładu niekorzystnych. Słusznie więc Sąd Najwyższy skłonił się ku zasadzie, że tego postępu nie może anulować okoliczność, że lekarz zaufania zakładu ubezpieczeń podstępu tego nie wykrył.

Dlatego też nie można mówić o tym, jak to często słyszymy w obronach przeciwników przy zatajeniu, że w kwestii zatajenia przepisy kodeksowe nie mają zastosowania, bowiem kwestię tę normuje prawo ubezpieczeniowe, ewentualnie ogólne warunki ubezpieczenia, przepisy te bowiem łagodzą tylko przepisy kodeksowe, ale ich nie znoszą. Łagodzą przepisy kodeksowe w bardzo znacznym stopniu, postanawiając, że zakład ubezpieczeń nie może uchylić się od odpowiedzialności za wypadek, jeżeli przy stwierdzeniu zatajenia od chwili zawarcia umowy upłynął pewien określony termin lub jeżeli zatajona okoliczność nie wywarła skutku na przyczynę śmierci ubezpieczonego. Jest tu więc wyraźne złagodzenie skutków kodeksowych zatajenia czyli wprowadzenia w błąd zakładu ubezpieczeń przez ubezpieczającego na korzyść niesumiennego kontrahenta i dobrze się stało, że Sąd Najwyższy uznał za potrzebne zasadę skutków podstępu w orzeczeniach swych podkreślić.

3. Niezależnie od tego w jednym z orzeczeń (N. C. II. 1604/34) Sąd Najwyższy podkreślił, że jeszcze jedna zasada, bardzo silnie zaakcentowana w kodeksie zobowiązań, winna mieć zastosowanie w tych sprawach, a mianowicie: zasada uczciwości w obrocie, która wymaga, aby ubezpie-

czony, mając świadomość o tym, że był chory i leczył się u lekarzy, zawiadomił o tym zakład ubezpieczeń, z którym miał zamiar zawrzeć umowę, bowiem, jak stwierdza Sąd Najwyższy, nie ulega chyba wątpliwości, że wiadomość o chorobie ubezpieczonego przebytej lub istniejącej musiałaby wywrzeć wpływ na decyzję zakładu ubezpieczeń, czy przyjąć ubezpieczenie w ogóle, czy też przyjąć je na specjalnych warunkach.

Zasada uczciwego obrotu podkreślona jest w kodeksie zobowiązań w kilku miejscach, a przede wszystkim w rozdziałach o tłumaczeniu oświadczeń woli (art. 107) i o wykonaniu zobowiązań (art. 189).

Art. 107 głosi, iż oświadczenie woli należy tak tłumaczyć, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których złożona została, dobra wiara i zwyczaje uczciwego obrotu, artykuł zaś 189 głosi, iż strony winny wykonywać zobowiązania zgodnie z ich treścią w sposób odpowiadający wymaganiom dobrej wiary i zwyczajom uczciwego obrotu. Te same zasady znajdujemy i w kodeksach dawnych: art. 1134 kodeksu Napoleona, § 914 austriackiego kodeksu cywilnego i §§ 157 i 242 niemieckiego kodeksu cywilnego.

Niewątpliwie zatajenie choroby sprzeczne jest zarówno z zasadami dobrej wiary, jak i z zasadą uczciwego obrotu i nie może być mowy o tym, aby zasady te nie miały zastosowania przy umowie ubezpieczenia. Odwrotnie — umowy ubezpieczenia wymagają specjalnej opieki prawnej, bowiem, jeśli zakład ubezpieczeń zawrze szereg umów niekorzystnych, to skutki tego mogą spaść nie tylko na zakład, jako kontrahenta, ale i na ogół uczciwych ubezpieczonych, których zabezpieczenie może być osłabione przez zmniejszenie nienormalne rezerw ubezpieczeniowych.

Podkreślenie więc tej zasady przez Sąd Najwyższy jest najzupełniej słuszne i obrońcy zakładów ubezpieczeń w miarę możności winni w tego rodzaju sprawach dążyć, aby Sąd Najwyższy wypowiedział się obszerniej w tej kwestii.

4. Wyroki i orzeczenia, o których mowa, są następujące.

a) *Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 7 września 1934 roku Nr C. II. 1604/34.*

Okoliczności sprawy były następujące. Powódki T. wystąpiły do Sądu Okręgowego we Lwowie przeciwko zakładowi ubezpieczeń o zasądzenie sumy ubezpieczenia na tej zasadzie, że zmarły T. złożył w dniu 3 lutego 1930 roku pozwanemu zakładowi ubezpieczeń wniosek o ubezpieczenie na życie. W dniu 28 lutego 1930 roku odbyło się badanie lekarskie ubezpieczonego przez lekarza zaufania. Jak wynika z protokółu tego badania, ubezpieczony na odpowiednie pytania odpowiedział, że nie zasięgał porady u żadnego lekarza, że czuje się zupełnie zdrowym, że nie przebył żadnych chorób. Badający lekarz nie stwierdził u niego żadnych zmian chorobowych, w szczególności nie stwierdził żadnych zmian w jamie ustnej i na podniebieniu, stwierdził, że błony śluzowe są różowe i uznał ubezpieczonego za zdrowego i nadającego się do ubezpieczenia. Polisa została wystawiona w dniu 9 maja 1930 roku. W dniu 7 sierpnia 1931 roku ubezpieczony zmarł na pęcherzycę, pozwany zakład ubezpieczeń jednak odmówił wypłacenia sumy ubezpieczeniowej, wobec tego iż dowiedział się, że ubezpieczony T. w okresie między 28 lutego a 9 maja 1930 roku tj. w okresie zawierania umowy ubezpieczenia chory był na pęcherzycę, na którą następnie zmarł, a zatem zakład wolny jest od obowiązku świadczenia,

bowiem w tych warunkach odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń nie zaistniała.

W postępowaniu sądowym w I i II instancjach zostały udowodnione następujące fakty: że w dniu 16 stycznia 1930 roku badał T. dr J. W. w Przemyślu, u którego również ubezpieczony leczył się. Dr J. W. stwierdził, że podejrzewa pęcherzycę; że w marcu 1930 roku ubezpieczony leczył się u tegoż lekarza, który stwierdził podejrzenie pęcherzycy; że w dniu 28 lutego 1930 roku (data badania lekarskiego) ubezpieczony zgłosił się do dr M. G. w Przemyślu, który stwierdził istnienie pęcherzyków w jamie ustnej, a następnie w dniu 1 marca 1930 roku, badając T. powtórnie, skierował go do specjalisty dr F. G. we Lwowie; że w dniu 1 marca 1930 roku ubezpieczony badany był przez dr T. w Przemyślu, który podejrzewał pęcherzycę, lecz nie powiedział o tym pacjentowi; że w dniach 3 i 10 marca 1930 roku dr F. G., a 11 marca 1930 r. prof. dr L. we Lwowie badali ubezpieczonego i stwierdzili początek pęcherzycy i że od dnia 2 kwietnia do 23 kwietnia 1930 roku ubezpieczający leczył się u dr M. F. w Wiedniu, który stwierdził pęcherzycę, a badany podał, że 2 miesiące wstecz był zdrów, a po tym wystąpiły bóle w szyi, a w dwa tygodnie później pęcherze w ustach. Po stwierdzeniu tych okoliczności Sąd Okręgowy na podstawie rezultatu tych badań oraz zeznania świadka ajenta, który zaakwirował to ubezpieczenie i który zeznał, że długo nakłaniał ubezpieczonego do zawarcia ubezpieczenia i że ubezpieczający początkowo chciał się ubezpieczyć na 4.000 dolarów, a po badaniu lekarskim obniżył sumę ubezpieczenia do 3.000 dolarów, zasądził powództwo opierając się między innymi (druga część motywów vide II) na motywach następujących: że ubezpieczający w momencie składania wniosku o ubezpieczenie oraz w momencie badania lekarskiego i przez pewien czas po tym uważał się za zdrowego, że ubezpieczony nie miał wiadomości o tym, że jest poważnie chory i że uważał swą chorobę jako przejściową dolegliwość; że ubezpieczający działał w dobrej wierze, a zamilczenie, że nie leczył się u żadnego lekarza niezgodne z rzeczywistym stanem rzeczy nie stanowi podstępu; że w myśl przepisów o skutkach zatajenia okoliczności mających wpływ na ustalenie ryzyka zakład ubezpieczeń nie może odstąpić od umowy, bowiem śmierć nastąpiła w 15 miesięcy od daty zapłacenia składki.

Sąd Apelacyny we Lwowie oddalił powództwo na skutek skargi apelacyjnej pozwanego zakładu ubezpieczeń, wychodząc z następujących przesłanek:

a) zatajenie przez ubezpieczającego przy badaniu lekarskim faktu leczenia się, uprawnia zakład ubezpieczeń do odstąpienia od umowy i odmowy zapłacenia sumy ubezpieczenia w myśl § 3 ust. 1 i 3 austriackiej ustawy o umowie ubezpieczenia, w myśl którego nieprawdziwe i niezupełne odpowiedzi, tyczące się ważnych okoliczności pociągają za sobą te skutki, niezależnie od tego czy ubezpieczający działał podstępnie oraz na zasadzie przepisów ogólnych warunków ubezpieczenia o zatajeniu;

b) byłoby przeciwne zasadzie uczciwego obrotu (§ 914 a. ust. cyw.), gdyby zmiany zaszłe w stanie zdrowia ubezpieczającego w stadium oferty od chwili złożenia wniosku o ubezpieczenie aż do wystawienia polisy, tj. przyjęcia oferty, a więc zawarcia umowy, mogły być zatajone i uchylały się tym samym od rozpoznania przez drugiego kontrahenta i nie miały wpływu na jego postępowanie. Zasada ta znajduje wyraz także w posta-

nowieniu § 1291 w związku z §§ 1047 i 1048 austr. ust. cyw. i musiałaby być uznaną nawet w braku postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia o skutkach choroby ubezpieczonego w okresie zawierania umowy ubezpieczenia;

c) zatajenie choroby w stadium zawierania umowy ubezpieczenia nabiera znamion podstępu i uchyla obowiązek wypłaty sumy ubezpieczenia, skoro objawy choroby wystąpiły na zewnątrz przed zawarciem umowy ubezpieczenia (wystawieniem polisy) i ubezpieczający dowiedział się o tym w tym właśnie czasie;

d) skoro zatem ubezpieczony zmarł na pęcherzycę, a więc na chorobę ciężką, na którą chory był w czasie zawierania umowy ubezpieczenia, żądanie zasądzenia sumy ubezpieczonej nie jest uzasadnione.

Sąd Najwyższy w dniu 7 września 1394 roku skargę kasacyjną oddalił.

Orzeczenie Sądu Najwyższego brzmi jak następuje.

Sąd Najwyższy. Izba Cywilna, Warszawa, dnia 7.IX.1934. Nr C. II. 1604/34.

W Imieniu Rzeczypospolitej Polskiej, Sąd Najwyższy jako Sąd rewizyjny... w sporze powódek T..... przeciwko zakładowi ubezpieczeń....., po rozpoznaniu rewizji powódek od wyroku Sądu Apelacyjnego we Lwowie, jako Sądu Odwoławczego z dnia 2 marca 1934 r. sygn. I. CA. 53/34... na posiedzeniu niejawnym postanowił: nie uwzględnić rewizji.

U z a s a d n i e n i e.

Sąd Apelacyjny zatwierdził wyrok Sądu Okręgowego, oddalający żądanie pozwu, ponieważ T. w czasie od swojego wniosku o ubezpieczenie (dnia 3 lutego 1930 r.) do dnia wystawienia polisy (dnia 9 kwietnia 1930 r.) miał świadomość poważnej choroby i w stadium oferty zataił chorobę, co ma znamiona podstępu. Powódki zaskarżyły wyrok Sądu Apelacyjnego z przyczyn L. 2, 3 i 4 § 503 p. c., jednak bezzasadnie. Przede wszystkim zaskarżają powódki, jako sprzeczne z aktami ustalenie, że T. zachorował na pęcherzycę dopiero po dniu 28 lutego 1930 r., w którym badał go lekarz zaufania pozwanej spółki S. w Przemyślu. Sąd Odwoławczy nie oparł się na tym ustaleniu I Sądu i słusznie uważa tę okoliczność ze stanowiska prawnego za obojętną w sporze. Dlatego badanie tej okoliczności było bezcelowe. Niesłusznym jest zarzut sprzeczności ustalenia, że T. przed wystawieniem polisy, tj. przed dniem 9 kwietnia 1930 r., dowiedział się o tym, że jest poważnie chory. Ustalenie to opiera się na zeznaniach dra S. T., który dnia 1 marca 1930 r. powiedział T., że choroba jest poważna. Wywody rewizji, starające się odebrać tym zeznaniom znaczenie, nie odpowiadają żadnej z przyczyn § 503 p. c. i zostają bez odpowiedzi. Zresztą Sąd Odwoławczy oparł ustalenie, że T. miał świadomość poważnej choroby, także na całym jego zachowaniu, w szczególności na tym, że już dnia 16 stycznia, a po tym w marcu 1930 roku, leczył się u dra J. W. w Przemyślu, dnia 28 lutego i 1 marca 1930 r. u dra M. G. w Przemyślu, dnia 2 i 10 marca 1930 r. u dra F. G. we Lwowie, 11 marca 1930 r. u prof. dra L. we Lwowie i od dnia 2 kwietnia do 23 kwietnia 1930 r. u dra M. F. w Wiedniu. Według art. 2 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczeń odpowiedzialność pozwanej spółki rozpoczyna się od daty podanej w polisie, ale nie wcześniej, jak z chwilą zapłacenia pierwszej składki pod warunkiem ,że ubezpieczony w tej chwili żyje i od czasu badania lekarskiego nie był poważnie chory ani nie uległ ciężkiemu uszkodzeniu

na ciele. Według polisy ubezpieczenie rozpoczynało się, nie naruszając art. 2 ogólnych warunków ubezpieczeń, dnia 12 kwietnia 1930 r. Pierwszą składkę T. uiścił dnia 9 maja 1930 r. W rozpatrywanym przypadku postanowienie art. 2 o.w.u. ma zastosowanie, ponieważ T. od czasu badania lekarskiego przez dra S. w dniu 28 lutego 1930 r. był poważnie chory na pęcherzycę, która następnie spowodowała jego zgon, — i leczył się u kilku lekarzy. Obojętne jest na jaki czas przypada początek powstania choroby, jak i to, że lekarz zaufania spółki, badając T., nie skonstatował tej choroby. Dlatego Sąd Najwyższy podziela motyw Sądu Odwoławczego, że ubezpieczenie nie rozpoczęło się. Słusznie zauważył także Sąd Apelacyjny, że postanowienie art. 2 ogólnych warunków ubezpieczeń jest samoistne i nie zależy od okoliczności, wymienionych w art. 10, który mówi o podaniu okoliczności wpływających na stopień bezpieczeństwa i prawie pozwanej spółki odstąpienia od umowy. Spółka przed śmiercią T. nie wiedziała o jego chorobie i dlatego nie mogła odstąpić od umowy, a to samo oczywiście po jego śmierci. Zresztą w ogóle art. 10 nie ma zastosowania, skoro ubezpieczenie nie rozpoczęło się i pozwana nie potrzebowała odstępować od umowy. Na wywody rewizji wypada jeszcze zauważyć—co zresztą zaznaczył Sąd Odwoławczy, — że zasada uczciwości w obrocie wymagała, ażeby T., który od 16 stycznia 1930 r. leczył się u kilku lekarzy i miał świadomość poważnej choroby, zawiadomił o tym pozwaną, bo chyba nie ulega wątpliwości, że wiadomość o tym mogłaby mieć wpływ na postanowienie spółki, czy ma w ogóle zawrzeć umowę albo pod jakimi warunkami.

b) *Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 18 czerwca 1936 roku C. I. 1902/35 ogłoszone w Orzecznictwie Sądów Polskich Tom XVI N. 19.*

Gabriela S. dochodzi, jako prawna posiadaczka polisy od spółki akcyjnej „P” 1000 dol. tytułem wynagrodzenia ubezpieczeniowego z powodu śmierci matki powódki, Lilli B., ubezpieczonej na wypadek śmierci w pozwanej spółce. Sąd Okręgowy powództwo uwzględnił, lecz Sąd Apelacyjny wyrok I instancji uchylił i powództwo oddalił.

Skarga kasacyjna zarzuca wyrokowi Sądu Apelacyjnego naruszenie art. 1116, 1134, 1984 i 1998 K. C., art. 250 K. P. C. oraz art. 10 ogólnych warunków ubezpieczenia pozwanej spółki akcyjnej.

Skarga kasacyjna nie zasługuje na uwzględnienie. Sąd Apelacyjny zająwszy się zagadnieniem, czy zmarła B. dała prawdziwe i dokładne odpowiedzi co do ważniejszych okoliczności, które miały wpływ na stopień niebezpieczeństwa, w oparciu się na materiale dowodowym ustalił, iż B., aczkolwiek była operowana w sierpniu 1930 roku, skutkiem czego amputowano jej lewą pierś, nie oświadczyła o tym we wniosku o ubezpieczenie i w jego uzupełnieniu z dnia 16 kwietnia 1931, natomiast dała jedynie oświadczenie co do operacji z 1929 roku. Wobec tego doszedł Sąd do wniosku, iż pominięcie przez B. faktu poważnej operacji świadczy o jej świadomym zatajeniu istotnego stanu zdrowia, a wskutek tego uznał Sąd, iż B. nie uczyniła zadość wymaganiom art. 10 ogólnych warunków ubezpieczeń, a przeto prawo do wynagrodzenia ubezpieczeniowego utracone zostało. W dalszych wywodach Sąd Apelacyjny doszedł do wniosku, iż pomimo zaniedbania lekarza, który badał zmarłą przed zawarciem umowy ubezpieczenia, B. stała się winna zatajenia okoliczności, które powinna była podać ściśle i dokładnie, w myśl art. 10 ogólnych warunków ubezpieczeń, dzięki czemu osiągnęła ten skutek, że umowa ubezpieczenia została z nią zawarta.

Kasacja niesłusznie zarzuca wyrokowi Sądu Apelacyjnego pominięcie sposobu wykonania umowy, w szczególności zaniedbań ze strony funkcjonariuszów pozwanej spółki akcyjnej.

Wprawdzie pogląd Sądu, iż ogólne warunki ubezpieczeń obowiązują tylko strony z umowy ubezpieczeń, a rzekomo nie dotyczą funkcjonariuszy zakładu ubezpieczeń, jest nietrafny, gdyż pozwana spółka akcyjna, jako osoba prawna, działając wyłącznie za pomocą swych pełnomocników i funkcjonariuszy, odpowiada za czyny i zaniedbania tych osób, a natomiast jest trafny pogląd kasacji, iż, gdy chodzi o ocenę wpływu podstępu na unieważnienie umowy ubezpieczenia, sądy powinny zająć się zbadaniem, czy i w jakiej mierze zachodzi wina stron, w szczególności wziąć pod uwagę: zachowanie formalności przy daniu odpowiedzi przez osobę, mającą być ubezpieczoną, subiektywną nieprawdziwość tych odpowiedzi, dokładność badania lekarskiego i prawdziwość odpowiedzi osoby, mającej być ubezpieczoną na zapytania zakładu ubezpieczeń, oraz fakt, czy zakład wiedział lub musiał wiedzieć o wadliwości tych odpowiedzi, to jednak w przypadku uznać należy, iż Sąd dostatecznie uzasadnił swój pogląd, *iż okoliczność dopuszczenia się zaniedbań ze strony funkcjonariuszy pozwanej spółki akcyjnej nie umniejsza przewinienia B.*, polegającega na zatajeniu przez nią ważnej okoliczności, która miała wpływ na powiększenie niebezpieczeństwa, a tym samym uzasadniała odstąpienie pozwanej spółki od umowy. Sąd doszedł do wniosku, iż zatajenie poważnej operacji, którą przechodziła B., było świadome; zarzut kasacji naruszenia art. 1116 K. C. w związku z art. 1134 K. C. i art. 10 og. war. ubezpieczeń przez pominięcie braku przeświadczenia o fałszywości oświadczenia B., nie jest zasadny, gdyż Sąd z zestawienia okoliczności sprawy doszedł do dostatecznie uzasadnionego wniosku, że nic nie uprawniało B. do zatajenia rzeczonej operacji i odstąpienie pozwanego od umowy było usprawiedliwione art. 10 ogólnych warunków ubezpieczeń. Z tych też względów niesłuszny jest zarzut rzekomej dowolności powyższego wniosku Sądu. Bezzasadnie wreszcie zarzuca kasacja, iż Sąd pominął ustalenie, iż utajenie operacji miało wpływ na zawarcie umowy, gdyż ustalenie takie przez Sąd dokonane zostało. Z tych względów kasację należy oddalić.

II. POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU.

Jak wynika z treści orzeczenia Sądu Najwyższego Nr. C. II. 1604/34, szczególniej w związku z obszerniej wyłuszczonymi zasadami w wyroku Sądu Apelacyjnego we Lwowie, Sądy te zajęły się w danym wypadku kwestią początku odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, stwierdzając, że odpowiedzialność ta nie powstała wobec tego, że ubezpieczony w czasie między złożeniem wniosku o ubezpieczenie, a zapłaceniem składki, tj. momentem, od którego w zasadzie rozpoczyna biec okres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za wypadek przewidziany w umowie ubezpieczenia, chory był na chorobę, na którą następnie zmarł.

W tym wypadku Sądy oparły się na brzmieniu odpowiedniego przepisu warunków ogólnych ubezpieczeń pozwanego zakładu ubezpieczeń, który głosi, że odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się w dacie w polisie podanej, jednakowoż nie wcześniej, jak z chwilą opłacenia pierwszej lub jednorazowej składki lub jej pierwszej raty z należytościami

ubocznymi pod warunkiem, że ubezpieczony w tej chwili żyje i od czasu badania lekarskiego nie był poważnie chory ani nie uległ ciężkiemu uszkodzeniu na ciele.

Kwestię tę spotykamy po raz pierwszy w naszym orzecznictwie, rzadko bowiem uda się zakładowi ubezpieczeń skonstatować fakt, iż ubezpieczony chory był w okresie zawierania umowy ubezpieczenia na chorobę, na którą zmarł. Najprawdopodobniej kwestia ta w praktyce wątpliwości większych budzić nie będzie, tym więcej, że w danym razie parę momentów z kwestią tą związanych zostało przez Sądy powołane wyjaśnione.

Zanim przejdziemy do podkreślenia tych momentów przede wszystkim zaznaczymy, że nie wszystkie zakłady ubezpieczeń jednakowo kwestię tę ujmują, niektóre bowiem w swych warunkach ogólnych ubezpieczeń postanawiają, że w razie jeżeli ubezpieczony w międzyczasie przed doręczeniem polisy, a badaniem lekarskim, umrze, zachoruje ciężko lub ulegnie kalectwu, umowa ubezpieczenia uważa się za niedoszłą do skutku, sumy zaś wpłacone przez ubezpieczającego z tytułu ubezpieczenia ulegają zwrotowi. Jak widzimy ta konstrukcja danej kwestii podkreśla inny moment, jako skutek zatajenia choroby w czasie zawierania umowy ubezpieczenia — a mianowicie: niedojścia do skutku umowy ubezpieczenia, podczas gdy przepis, na tle którego zapadły przytoczone tu orzeczenia, podkreśla moment inny — niedojście do skutku odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia. Niewątpliwie są to momenty różne, skutek jednak w postaci nieodpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za wypadek, przewidziany w umowie ubezpieczenia, oba te momenty wywołują jednakowo i dlatego wywody sądów, jakie przytoczyliśmy wyżej (orzeczenie N. C. II. 1604/34) oraz wywody Sądu Okręgowego i Apelacyjnego, jakie przytoczymy niżej, odnoszą się do obu wypadków, oba one bowiem sprowadzają do jednego i tego samego skutku: zwolnienia zakładu ubezpieczeń od odpowiedzialności za wypadek.

Sąd Okręgowy we Lwowie, który po raz pierwszy rozpatrywał sprawę, w której ostatecznie zapadło orzeczenie Sądu Najwyższego Nr C. II. 1604/34 wyszedł z niesłusznego założenia, że pozwany zakład ubezpieczeń nie może odmówić wypłacenia sumy ubezpieczonej na zasadzie przepisu o nieodpowiedzialności zakładu w razie ujawnienia faktu, że ubezpieczony chory był na chorobę, na którą zmarł, w okresie zawierania umowy ubezpieczenia a to wobec treści przepisów o zatajeniu i jego skutkach. Skoro, twierdzi Sąd Okręgowy, zgodnie z tymi przepisami zakład ubezpieczeń nie mógłby zwolnić się od odpowiedzialności za wypadek, to takie zwolnienie nie jest możliwe i w razie wykrycia choroby ubezpieczonego w okresie zawierania umowy ubezpieczenia. W dalszym ciągu Sąd Okręgowy znowu niesłusznie stwierdza, że gdyby nawet w tym wypadku zakład ubezpieczeń w zasadzie mógł się zwolnić od obowiązku wypłacenia sumy ubezpieczenia, to w danej sprawie zwolnienie byłoby niemożliwe wobec tego, że zakład nie wypowiedział umowy, mimo że wiedział rzekomo o faktach uzasadniających wypowiedzenie (§§ 4, 6 i 32 ust. 2 austriackiej ustawy o umowie ubezpieczenia) i dlatego zakład nie jest uprawniony do odmowy świadczenia chociaż ubezpieczony w okresie przed zapłatą składki leczył się u lekarzy w Przemyślu, Lwowie i Wiedniu i musiał sobie zdawać sprawę, że jest poważnie chorym, na co wskazuje ilość lekarzy i wyjazd do Lwowa i Wiednia.

1. Sąd Apelacyjny we Lwowie nie zgodził się ze stanowiskiem Sądu Okręgowego i wyszedł z założenia, że przepis o skutkach choroby ubezpieczonego w czasie zawierania umowy ubezpieczenia jest przepisem samoistnym i niezależnym zupełnie od okoliczności zawartych w przepisach o zatajeniu i jego skutkach. Fakt poważnego zachorowania w okresie od badania lekarskiego do chwili zapłaty pierwszej składki stanowi sam przez się podstawę do uchylenia się zakładu od odpowiedzialności za wypadek. Skoro ubezpieczony leczył się w okresie od momentu podpisania wniosku o ubezpieczenie do momentu zapłacenia składki na chorobę, na którą zmarł, to winien był o chorobie swej zawiadomić pozwany zakład ubezpieczeń i to nie tylko w myśl przepisów o skutkach choroby w takim okresie, ale nawet zgodnie z zasadami uczciwego obrotu.

2. Następnie zaznaczył Sąd Apelacyjny, że skoro ubezpieczony zmarł, a zakład ubezpieczeń dowiedział się o jego chorobie w okresie zawierania umowy ubezpieczenia, to wobec przewidzianej w umowie nieodpowiedzialności zakładu w tych wypadkach nie może być mowy o stosowaniu przepisów §§ 4, 6 i 32 ust. 2 austr. ustawy o umowie ubezpieczenia. Błędne jest zapatrywanie Sądu Okręgowego, stwierdza Sąd Apelacyjny, że niewypowiedzenie umowy przez zakład ubezpieczeń powoduje obowiązek zapłaty sumy ubezpieczenia. Powódka w tej sprawie nie twierdziła, że pozwany zakład ubezpieczeń dowiedział się o chorobie ubezpieczającego przed jego śmiercią, wypowiedzenie więc umowy wskutek śmierci kontrahenta nastąpić nie mogło i wskutek śmierci ubezpieczonego zakład ubezpieczeń musiałby wypłacić sumę ubezpieczenia albo też wolny byłby od tego obowiązku z powodów uchylających dopełnienie umowy. Zakład ubezpieczeń nie był obowiązany oświadczyć, że odstępuje od umowy ubezpieczenia, ponieważ przy tego rodzaju ubezpieczeniu życiowym spadkobiercy ubezpieczonego nie wstępują na jego miejsce jako kontrahenci.

3. Wreszcie Sąd Apelacyjny stwierdza, iż fakt, że lekarz zaufania zakładu ubezpieczeń, który badał ubezpieczonego, nie skonstatował choroby, na którą był chory ubezpieczony, nie ma w tym wypadku żadnego znaczenia.

Sąd Najwyższy w powołanym orzeczeniu zasady te potwierdził zupełnie wyraźnie, stwierdzając, że zakład ubezpieczeń nie wiedział o chorobie ubezpieczonego, a zatem nie mógł odstąpić za jego życia, jak również nie mógł już tego uskutecznić po jego śmierci oraz że przepis ogólnych warunków ubezpieczeń o skutkach zatajenia przez ubezpieczonego choroby w czasie zawierania ubezpieczenia ma w danym wypadku zastosowanie, natomiast przepisy o zatajeniu choroby, jaką ubezpieczony przechodził przed zawarciem umowy ubezpieczenia, w danym wypadku nie mają zastosowania oraz że obojętnym jest dla sprawy, że lekarz zaufania spółki badając ubezpieczonego nie skonstatował choroby, na którą ten był chory.

III. KOASEKURACJA.

A. W sprawie b. żywotnej jaką jest koasekuracja mamy do zanotowania orzeczenie Sądu Najwyższego przesądzające kilka zasadniczych kwestii w tej dziedzinie. W orzeczeniu tym Sąd Najwyższy rozpatrywał następujące kwestie.

1. Czy zawarcie umowy koasekuracji z kilkoma zakładami ubezpieczeń z dołączeniem jedynie ogólnych warunków ubezpieczenia tylko jed-

nego zakładu — prowadzącego — uważane być winno za zawarcie umowy z każdym poszczególnym zakładem ubezpieczeń na warunkach zakładu prowadzącego.

Na pytanie to Sąd Najwyższy odpowiada twierdząco i najzupełniej słusznie.

Umowa koasekuracji jest umową regulowaną przepisami przede wszystkim prawa ubezpieczeniowego, a następnie przepisami prawa cywilnego w tych kwestiach, w których prawo ubezpieczeniowe milczy. Obowiązujące na terenie Rzeczypospolitej ustawy i rozporządzenia tyczące się umowy ubezpieczenia nie przewidują umów koasekuracyjnych i dlatego w przepisach tych nie znajdziemy odpowiedzi na pytanie, czy zakłady ubezpieczeń mogą zawierać umowy koasekuracyjne na warunkach ogólnych ubezpieczenia prowadzącego zakładu ubezpieczeń. Skoro zaś obowiązujące przepisy ubezpieczeniowe milczą, rozwiązanie tej kwestii musi z natury rzeczy oprzeć się na przepisach obowiązującego kodeksu zobowiązań. W kodeksie tym mamy art. 55, który bardzo dobitnie podkreśla zasadę wolności umów, postanawiając, że strony, zawierające umowę, mogą stosunek swój ułożyć według swego uznania, byleby treść i cel umowy nie sprzeciwiały się porządkowi publicznemu, ustawie ani dobrym obyczajom. O sprzeczności umowy koasekuracyjnej z porządkiem publicznym i dobrymi obyczajami nie może być mowy. Należy jedynie zastanowić się, czy umowa taka nie wchodzi w kolizję z „ustawą". Pod pojęciem ustawy należy rozumieć wszelkie ustawy niezależnie od tego, jaki przedmiot ustawy te obejmują. Jak już wspomnieliśmy wyżej, ustawy i przepisy o umowie ubezpieczenia żadnych przepisów w dziedzinie koasekuracji nie zawierają.

Po za tym ustawami mogłyby w danej kwestii jeszcze wchodzić w grę przepisy o nadzorze nad zakładami ubezpieczeń. Obowiązujące u nas na całym terenie Państwa rozporządzenie Prez. Rzpl. z 16 stycznia 1928 roku o kontroli ubezpieczeń (Dz. Ust. 9 - 1928 - 63) nie zawiera żadnych przepisów, tyczących się koasekuracji. Inne ustawy i rozporządzenia również żadnej wzmianki o koasekuracji nie zawierają.

W tych warunkach niewątpliwie należy dojść do wniosku, że, jeśli przy zawieraniu umowy koasekuracji ubezpieczający otrzyma ogólne warunki ubezpieczenia tylko prowadzącego zakładu ubezpieczenia i zgodzi się na warunki te, sąd nie może unieważnić tego rodzaju umowy i uznać, że każdy zakład obowiązują jedynie te warunki, jakie zostały dla niego zatwierdzone przez władze nadzorcze. Umowa została zawarta na podstawie warunków, dołączonych do umowy, i nic zmienić się nie może w stosunkach stron w myśl art. 55 K. Z. W prawdzie umowy tego rodzaju mogą wywołać kolizję z Państwowym Urzędem Kontroli Ubezpieczeń, ale to nie może wpłynąć na ważność lub nieważność zawartej umowy.

2. Druga kwestia zasadnicza w dziedzinie koasekuracji, którą rozpatrywał Sąd Najwyższy w rzeczonym wyroku — to zakres uprawnień prowadzącego zakładu ubezpieczeń. W tym wypadku Sąd Najwyższy doszedł do wniosku, że prowadzący zakład ubezpieczeń nie jest upoważniony do zawierania ugody z ubezpieczonym w imieniu pozostałych zakładów ubezpieczeń, biorących udział w ubezpieczeniu.

Pogląd ten zgodny jest z obowiązującymi przepisami prawa cywilnego i procesowego. W myśl tych zasad każdy może działać tylko za siebie (z małymi wyjątkami zawsze wyraźnie w ustawie powołanymi i nie mającymi

zastosowania w wypadku tu rozpatrywanym), o ile nie ma wyraźnego pełnomocnictwa do działania za innego. Pełnomocnictwo musi być wyraźne i z domniemania wypływać nie może.

Niezależnie więc od tego, czy umowę koasekuracji traktować należy jako szereg umów ubezpieczenia, jak chcą jedni, czy też jako jedną umowę ubezpieczenia, zawartą między ubezpieczającym a kilkoma zakładami ubezpieczeń, jak chcą inni, zakład prowadzący nie jest uprawniony do zawierania ugody z ubezpieczonym, któraby obowiązywała i pozostałe zakłady.

Art. 621 K. Z. i uzasadnienie tego artykułu wychodzą z założenia, że ugoda jest to umowa, w której strony czynią sobie wzajemne ustępstwa co do istniejącego między nimi stosunku prawnego, aby uchylić spór istniejący lub powstać mogący lub niepewność co do roszczeń, wynikających ze stosunku prawnego lub też w tym celu, aby zapewnić sobie realizację roszczeń. Zobowiązania więc, jakie stwarza ugoda mogą być tylko przez same strony przyjmowane na siebie i nie mogą wypływać z tak luźnego związku między zakładami ubezpieczenia, jakim jest umowa koasekuracji.

3. Wreszcie w kwestii biegu terminu prekluzyjnego do wytoczenia powództwa o odszkodowanie Sąd Najwyższy ustala zasadę, że bieg terminu tego rozpoczyna się dla każdego z koasekuratorów od tej chwili, gdy dany zakład ubezpieczeń odpowiedział odmownie na żądanie ubezpieczonego wypłacenia mu odszkodowania i wskazał termin, w ciągu którego może zwrócić się na drogę sądową, a bynajmniej moment ten nie jest związany ze zwróceniem się ubezpieczonego do każdego poszczególnego zakładu ubezpieczeń o wypłatę. Wystarczy, jeśli ubezpieczony zwróci się do zakładu prowadzącego o wypłacenie mu całej sumy i otrzyma od poszczególnych zakładów odmowę — termin dla każdego z zakładów biec będzie od momentu jego odpowiedzi.

Nie może w tym wypadku, stwierdza Sąd Najwyższy, ubezpieczony powoływać się na to, że prowadzący zakład nie poinformował go o tym, że nie jest upoważniony do zastępowania pozostałych zakładów przed sądem, przez co rzekomo wprowadził go w błąd co do terminu prekluzji. Stanowisko to Sądu Najwyższego jest słuszne, bowiem w tym wypadku: a) ubezpieczony powinien wiedzieć o tym, że do prowadzenia cudzych spraw w sądach trzeba mieć pełnomocnictwo, b) powinien był zwrócić uwagę na fakt, że zakłady ubezpieczeń nadesłały mu każdy od siebie odmowę wypłacenia odszkodowania z zaznaczeniem terminu prekluzji. Ten ostatni fakt zwłaszcza wyraźnie stwierdza fakt przeoczenia terminu i próby ratowania się przez różne niesłuszne koncepcje prawne.

B. Przebieg sprawy rozstrzygniętej powołanym wyrokiem Sądu Najwyższego był następujący.

Ubezpieczający zawarł umowę koasekuracji, mocą której ubezpieczył od ognia należące do niego nieruchomości w 40% w prowadzącym zakładzie ubezpieczeń i w 60% w czterech innych zakładach ubezpieczeń. Po zajściu wypadku szkody powódka, cesjonariuszka ubezpieczającego, wytoczyła przeciwko prowadzącemu zakładowi ubezpieczeń sprawę o odszkodowanie w 100%. Na skutek zarzutu zakładu, że odpowiada on tylko w 40%, powódka rozszerzyła skargę i na pozostałe zakłady ubezpieczeń, żądając od nich zasądzenia 60% sumy odszkodowania. Wobec odmowy przez sąd ta-

kiego rozszerzenia powództwa, powódka cofnęła pozew i sprawę z prowadzącym zakładem ubezpieczeń załatwiła polubownie, a wystąpiła przeciwko pozostałym zakładom na drogę sądową. Pozwane zakłady ubezpieczeń odmówiły zapłaty na tej zasadzie, że roszczenia powódki uległy prekluzji wobec wniesienia pozwu po upływie 6-miesięcznego terminu od momentu, gdy odmówiły one ubezpieczającemu wypłaty odszkodowania z pouczeniem, że, o ile w ciągu 6 miesięcy nie wystąpi do sądu, prawo do odszkodowania zgaśnie. Ponieważ ubezpieczający w ciągu tego czasu nie wniósł skargi sądowej, pozwane zakłady ubezpieczeń wolne są od obowiązku świadczenia.

Sąd Okręgowy oddalił powództwo, wychodząc z założenia, że ubezpieczający otrzymał list pozwanych zakładów ubezpieczeń z odmową wypłaty odszkodowania i w ciągu 6 miesięcy nie wystąpił do sądu o odszkodowanie. Powołania się powódki na fakt, iż prowadzący zakład ubezpieczeń posiadał generalne pełnomocnictwo do zastępowania pozwanych zakładów ubezpieczeń i powódka pozwała ten zakład w ciągu powołanego terminu 6-miesięcznego, sąd nie uwzględnił, opierając się na zeznaniu w charakterze świadka urzędnika prowadzącego zakładu ubezpieczeń, który zeznał, że prowadził pertraktacje z przedstawicielem ubezpieczającego jedynie w imieniu swego zakładu, nie miał bowiem pełnomocnictwa do reprezentowania pozwanych zakładów ubezpieczeń i wyraźnie oświadczył, że wypłata odszkodowania zależna jest od zgody wszystkich uczestniczących w ubezpieczeniu zakładów ubezpieczeń. Stanowisko to świadka znajduje, w myśl opinii Sądu Okręgowego, uzasadnienie w brzmieniu polisy, z której wynika, że każdy z zakładów, podpisanych na polisie, poręcza wypłatę odszkodowania do wysokości swego udziału z wykluczeniem wyraźnym solidarnej odpowiedzialności.

W skardze apelacyjnej powódka wysunęła nowe zarzuty, żadnego jednak z nich Sąd Apelacyjny we Lwowie (wyrok z dnia 12 czerwca 1933 roku L. I. CA/329/33/2) nie uwzględnił.

Powódka twierdziła, że umowa koasekuracji między ubezpieczającym a pozwanymi zakładami ubezpieczeń nie została zawarta w sposób przepisany austriacką ustawą o umowie ubezpieczenia. Ubezpieczający nie złożył wniosku o ubezpieczenie pozwanym zakładom i dlatego nie mogą one powoływać się na prekluzję z § 20 austr. ustawy o umowie ubezpieczenia, gdyż wobec nieistnienia wniosku o ubezpieczenie nie istnieje również i to zastrzeżenie. Twierdzenie to uznał Sąd Apelacyjny za sprzeczne ze stanem faktycznym, przedstawionym w pozwie, że wyliczone przez powódkę obiekty były ubezpieczone w 40% w prowadzącym zakładzie ubezpieczeń i w 60% w pozwanych zakładach ubezpieczeń. W ten sposób powódka w pozwie swym stwierdziła, że polisa quaestionis obejmowała ubezpieczenie zarówno w prowadzącym zakładzie ubezpieczeń, jako też w pozwanych towarzystwach, a to wskutek podpisania przez ubezpieczającego wspólnego wniosku o ubezpieczenie, zawierającego ogólne warunki ubezpieczenia (§ 8 austr. ust. o umowie ubezpieczenia). Jakkolwiek warunki te były warunkami zakładu prowadzącego, zachodzi jednak domniemanie, że warunki te pochodziły i od pozwanych zakładów ubezpieczeń, skoro do polisy nie były dołączone ogólne warunki ich. Ponieważ w § 24 tych warunków zamieszczone jest zastrzeżenie, odpowiadające przepisowi § 20 cyt. ustawy, to twier-

dzenie powódki, że pozwane zakłady nie mogą korzystać z tego zastrzeżenia, ponieważ go nie uczyniły, jest niesłuszne.

Drugi zarzut apelującej stara się stwierdzić, że odmowa wypłaty odszkodowania przez pozwane zakłady ubezpieczeń nie skutkuje biegu terminu prekluzyjnego dlatego, że ubezpieczający w ogóle nie występował wobec nich z roszczeniem o odszkodowanie i wobec tego nie mógł się rozpocząć bieg terminu prekluzyjnego. Zarzut ten również, według Sądu Apelacyjnego ostać się nie może, a to wobec tego, że powódka sama twierdziła, iż prowadzący zakład ubezpieczeń ma prawo działać w imieniu pozostałych zakładów oraz wobec tego, że ubezpieczający żądał zapłacenia mu całych 100% odszkodowania przez prowadzący zakład ubezpieczeń, tym samym więc występował o zapłatę mu 60% należnych od pozwanych zakładów ubezpieczeń, które wyraźnie wymienione były w polisie, jako biorące udział w ubezpieczeniu łącznie w 60%. Skoro niesporne jest, że ubezpieczający otrzymał w dniu 26 stycznia 1931 roku list z dnia 22 stycznia 1931 roku, podpisany przez pozwane zakłady ubezpieczeń a zawierający odmowę wypłacenia odszkodowania, to od tej daty biegnie termin prekluzyjny do wniesienia skargi do sądu.

Trzeci wreszcie zarzut skargi apelacyjnej — to zarzut podstępnej działalności prowadzącego zakładu ubezpieczeń, która według powódki polegać miała na tym, że zakład ten jakoby nie poinformował ubezpieczającego, że odpowiada tylko do wysokości 40% części sumy ubezpieczenia i nie jest upoważniony do zastępowania pozwanych zakładów ubezpieczeń, a to do czasu, póki dla powódki nie ułynął termin do wniesienia skargi. Tego rodzaju zarzut nie może mieć dla sprawy niniejszej żadnego znaczenia, stwierdza Sąd Apelacyjny, bowiem prowadzący zakład nie był w ogóle pełnomocnikiem pozwanych zakładów ubezpieczeń w stosunku do ubezpieczającego. Nie mógł też Sąd Apelacyjny, jak sam stwierdza, wdawać się w ocenę, czy powyższe stanowisko pozwanego zakładu ubezpieczeń było contra bonos mores, skoro stwierdzenie tych faktów nie mogłoby wywrzeć żadnego wpływu na stosunek powódki do pozwanych zakładów ubezpieczeń. Fakty te mogłyby ewentualnie uzasadnić skargę powódki przeciwko prowadzącemu zakładowi ubezpieczeń o odszkodowanie za wprowadzenie w błąd ubezpieczającego, co jednak z obecnym sporem nie ma nic wspólnego. Trafną wydaje się zresztą, stwierdza Sąd Apelacyjny, uwaga, że ubezpieczający i powódka byli w posiadaniu polisy, treść jej znać musieli i, nie reagując na list pozwanych zakładów ubezpieczeń z dnia 22 stycznia 1931 roku, tylko własnemu niedbalstwu, względnie nieoględności mogą przypisać ujemne skutki niezastosowania się do zastrzeżenia pozwanych zakładów zgodnego z art. 20 austr. ustawy o umowie ubezpieczenia.

Wreszcie powódka powołała się na to, że zastrzeżenie w myśl §20 austr. ust. o umowie ubezpieczenia uważać należy za pewnego rodzaju karę umowną i do niego winny mieć zastosowanie przepisy o karze tej. Wniosek ten Sąd Apelacyjny uznał za niesłuszny, gdyż austr. ustawa o umowie ubezpieczenia traktuje specjalnie o karze konwencjonalnej w § 16, a przepis § 20 umieszczony jest po § 19, który mówi o przedawnieniu, z czego wynika, że § 20 dotyczy także tylko przedawnienia w postaci ograniczenia możności podnoszenia roszczeń z tytułu ubezpieczenia.

Sąd Najwyższy orzeczeniem z dnia 8 maja 1934 roku Nr C. II R. 3036/33/1 orzekł jak następuje.

Sąd Najwyższy postanowił nie uwzględnić rewizji powódki i nałożyć na nią obowiązek zapłacenia kosztów postępowania rewizyjnego pozwanym zakładom ubezpieczeń, uzasadniając orzeczenie swe w sposób następujący. Rewizja powołuje się na przyczyny rewizyjne z § 503 L. 4 i 2 pc. jednak niesłusznie. Rewizja dopatruje się naruszenia przez Sąd Apelacyjny przepisów §§ 914 i 915 ust. 2 uc. w tym, że Sąd ten nie przyjął podstępnego działania prowadzącego zakładu ubezpieczeń, który w układach prowadzonych z prawozlewcą powódki w sprawie wypłaty sumy odszkodowania nie zwrócił uwagi tegoż prawozlewcy, iż odpowiadać może tylko za część sumy odszkodowania. Te wywody rewizji nie usprawiedliwiają wniosków rewizyjnych, albowiem prawozlewcy powódki był z polisy ubezpieczeniowej wiadomy zakres odpowiedzialności powyższej spółki, a nadto prawozlewca ten skorzystał przy układach swych ze spółką z pomocy adwokata, wreszcie i z tej przyczyny, że wprowadzenie powódki w błąd przez spółkę nie skutkuje obowiązków zapłaty ze strony innych zakładów ubezpieczenia. Wniosków rewizyjnych nie uzasadniają też wywody rewizji, jakoby pomiędzy prawozlewcą powódki a pozwanymi zakładami ubezpieczeń nie istniała umowa przewidziana w § 20 ust. 2 austr. ustawy z 23 grudnia 1917 Dz. R. P. Nr 501 o umowie ubezpieczenia. Powódka podała w toku niniejszego sporu kilkakrotnie sama, że prowadzący zakład był gerentem wszystkich pozwanych zakładów w sprawie zawarcia spornej umowy ubezpieczenia. Warunki ogólne ubezpieczenia od ognia tej spółki zawierają w § 24 zastrzeżenie dopuszczalne w myśl § 20 ust. 2 ustawy austr. o umowie ubezpieczenia. Powódka nie twierdziła w sporze, by umowa ubezpieczenia zawarta została przez prowadzący zakład na innych warunkach, niż na warunkach ogólnych tej spółki, a w szczególności nie twierdziła, by w stosunku do pozwanych obecnie zakładów ubezpieczeń zastosowanie § 24 warunków ogólnych zostało wyraźnie wyłączone. Niewątpliwa więc jest ocena Sądu Apelacyjnego, że § 24 ogólnych warunków obowiązuje także w stosunku do pozwanych zakładów. Okoliczność, że prawozlewca powódki nie zwracał się do pozwanych obecnie zakładów w sprawie wypłaty sumy zabezpieczenia, znajduje swe wyjaśnienie w tym, że jak to powódka sama w sprawie podała, gerentem wszystkich zakładów był prowadzący zakład ubezpieczeń. Zastrzeżenie z § 20 ust. 2 austr. ustawy o umowie ubezpieczenia nie może być poczytane za karę konwencjonalną, gdyż instytucję tej kary ustawa normuje odrębnie (§ 16 austr. ust. o umowie ubezpieczenia). Badanie wysokości szkody było zbędne, skoro samo roszczenie o odszkodowanie wygasło w myśl przepisów § 20 ust. 2 austr. ustawy o umowie ubezpieczenia. Z tych przyczyn rewizja pozostała bez skutku.

IV. PRZEDAWNIENIE (PREKLUZJA).

A. Do ogłoszonych w Przeglądzie orzeczeń naszej instancji kasacyjnej w kwestii prekluzji mamy do zaznaczenia jeszcze parę orzeczeń przesądzających różne kwestie w tej dziedzinie, przede wszystkim jednak musimy wyjaśnić kwestię terminologii.

W potocznej mowie, a nawet często w literaturze i orzeczeniach sądowych, nie wyłączając naszej najwyższej instancji sądowej, prawnicy nie odróżniają dwu teoretycznie różnych instytutów prawnych: przedawnienia i prekluzji. Jednakowoż różnica między tymi dwoma instytutami teoretycznie jest b. znaczna.

Prekluzja polega na tym, że z mocy przepisu ustawy lub też na zasadzie zawartej między stronami umowy poszukiwanie uprawnienia swego przez stronę w drodze sądowej ograniczone jest pewnym określonym ściśle czasem, skutkiem czego wskutek niewniesienia skargi w tym czasie prawo poszukiwania upada. Przedawnienie zaś (jak głosi art. 273 K. Z.) polega na tym, że dłużnik może uchylić się od świadczenia, gdy powoła się na upływ czasu, pociągający za sobą przedawnienie wierzytelności.

Różnica między prekluzją a przedawnieniem polega na tym, że przy prekluzji nie ma zawieszenia i przerwania biegu terminu, że prekluzja musi być uwzględniona przez sąd z urzędu, podczas gdy przy przedawnieniu sąd może je zastosować tylko na żądanie dłużnika oraz na tym, że strony w umowie mogą ustanawiać terminy prekluzyjne według uznania, z małymi jedynie wyjątkami, przewidzianymi w ustawach specjalnych, podczas gdy przy przedawnieniu zrzeczenie się prawa korzystania z przedawnienia, dokonane przed upływem terminu przedawnienia, jako też zgoda stron na skrócenie lub przedłużenie terminu przedawnienia, są nieważne (art. 274 K. Z.).

Pomimo tych różnic tak sądy, jak i prawnicy w ogóle mówią zwykle w wypadkach prekluzji o przedawnieniu prawa skargi, a bardzo często wprost o przedawnieniu, jak to zobaczymy w orzeczeniach, jakie poniżej przytoczymy i co widzieliśmy w orzeczeniach już w Przeglądzie wydrukowanych.

Przechodząc do orzecznictwa w dziedzinie prekluzji mamy do zanotowania orzeczenie Sądu Najwyższego ustalające orzecznictwo w następujących kwestiach, tyczących się prekluzji.

1) Przede wszystkim *orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 1934 roku N. C. II. R. 3036/33/1*, podane przez nas już uprzednio w kwestii koasekuracji, ustala następujące tezy:

a) wystąpienie przez ubezpieczonego do prowadzącego zakładu ubezpieczeń o zapłatę całej sumy odszkodowania i otrzymanie od poszczególnych koasekuratorów odmownej odpowiedzi skutkują bieg terminu prekluzyjnego do wytoczenia skargi przeciwko tym zakładom ubezpieczeń;

b) niepoinformowanie ubezpieczającego przez prowadzący zakład ubezpieczeń, że zakład ten nie jest uprawniony do prowadzenia sprawy pozostałych koasekuratorów, nie ma żadnego wpływu na bieg terminu prekluzyjnego.

2. Orzeczenie Sądu Najwyższego N. III. 2. C. 365/32 ustala zasadę, że prowadzenie pertraktacji ugodowych przez ubezpieczającego z zakładem ubezpieczeń nie wstrzymują ani nie przerywają biegu terminu prekluzyjnego.

Niewątpliwie stanowisko to Sądu Najwyższego jest słuszne. Jakkolwiek nie mamy w zasadzie żadnych przepisów ustawowych w kwestii prekluzji, to jednak teoria i orzecznictwo zgodne są zupełnie w tym wypadku i twierdzą, że termin prekluzji nie ulega zupełnie wstrzymaniu, zawieszeniu ani przerwaniu. Termin ten zaczyna biec, gdy nastąpi moment przewidziany w umowie, czy ustawie, niezależnie od jakichkolwiek faktów zewnętrznych. Pertraktacje stanowią tak rozciągliwe pojęcie, że przyjęcie zasady, na jakiej powód żądał w tej sprawie uznania, iż rzekome jego pertraktacje winny skutkować wstrzymanie biegu prekluzji, byłoby zaprzeczeniem wszelkich zasad prekluzji.

3) W orzeczeniu Sądu Najwyższego N. C. III. 711/34 znajdujemy następującą tezę tyczącą się przedawnienia roszczenia (nie prekluzji) z § 12 niemieckiej ustawy o umowie ubezpieczenia, ustanawiającej 2-letni okres przedawnienia dla ubezpieczeń rzeczowych.

W tej dziedzinie orzeczenie Sądu Najwyższego ustala zasadę, że w razie przerwania biegu przedawnienia biegnie ono na nowo od chwili, gdy ustaną skutki przerwania, a więc od tego momentu, gdy strona miała możność podjęcia sporu, a nie od momentu, gdy podjęła spór. Zasada ta jest zupełnie słuszna. Podjęcie zawieszonego sporu (czy jak w danym wypadku podjęcie przerwanego postępowania) musi być uważane za równoznaczne w skutkach z wytoczeniem powództwa, jeśli chodzi o bieg terminu przedawnienia. Czy strona wytacza powództwo, czy podejmuje przerwane postępowanie, skutek jest jednaki: występuje z żądaniem zasądzenia jej poszukiwanej sumy. Bezczynność strony przejawia się więc zupełnie jednakowo, czy nie wytacza powództwa, czy nie wznawia przerwanego postępowania i skutki tej bezczynności pociągają za sobą przedawnienie wierzytelności.

B. Orzeczenia wspomniane Sądu Najwyższego są następujące: *Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 31 marca 1933 roku Nr III. 2. C. 365/32* (nie ogłoszone).

W maju 1925 roku powód ubezpieczył w pozwanym towarzystwie urządzenie swego sklepu z zapasem towarów do wysokości 26.000 zł. W nocy z dnia 2 na 3 lipca 1925 r. w sklepie powoda wybuchł pożar. Powód obliczył swoją szkodę na 21.627 zł. 05 gr. Ponieważ pozwane towarzystwo odmówiło wypłacenia tej sumy, powód wniósł o zasądzenie mu jej od pozwanego towarzystwa z %% od 3 lipca 1925 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu oddalił skargę powoda, a Sąd Apelacyjny w Poznaniu oddalił odwołanie powoda od tego wyroku Sądu Okręgowego. Sąd Apelacyjny ustalił, że pozwane towarzystwo w myśl § 15 ust. 3 og. war. ubezpieczenia od ognia zawiadomiło powoda pismem z dnia 22 września 1925 r. o odmowie wypłaty odszkodowania z pouczeniem, że jeżeli powód w ciągu sześciu miesięcy nie zwróci się na drogę sądową, to po upływie tego czasu decyzja towarzystwa stanie się „niezaczepialna", że pismo to było w posiadaniu powoda 15.III.1926 r. w chwili wniesienia przezeń skargi do sądu, albowiem zostało do skargi dołączone, że doręczenie skargi datowanej 13.III. w dniu 3.IV.1926 r. było wadliwe, ponieważ skarga nie była uwierzytelniona, a strona pozwana niezwłocznie wytknęła brak prawidłowego doręczenia skargi, że prawdziwe doręczenie skargi zostało uskutecznione dopiero 17.XII.1926 r. po upływie 6 miesięcy od dnia otrzymania przez powoda pisma z odmową wypłacenia odszkodowania. Twierdzenie powoda, że bieg przedawnienia uległ zawieszeniu z powodu pertraktacji ugodowych stron, Sąd Apelacyjny uznał za nieuzasadnione, ponieważ strona pozwana nie prowadziła żadnych pertraktacji ugodowych z pozwanym; sam powód przez pełnomocnika swego przyznał, że kierownik oddziału pozwanego towarzystwa w Grudziądzu, choć radził mu wstrzymać się z wytoczeniem skargi, lecz wyjaśnił, że sam nie może zawrzeć ugody, lecz pojedzie do Poznania i przedstawi sprawę radzie nadzorczej, z czego wynika, że powód wiedział o braku uprawnień kierownika oddziału i nie miał podstawy do wstrzymywania się z wytoczeniem skargi.

W skardze rewizyjnej pełnomocnik powoda wnosi o uchylenie wyroku Sądu Apelacyjnego, zarzucając, że Sąd Apelacyjny:

a) z góry przesądził wynik dowodów, wskazanych przez powoda, przeszedł nad nimi do porządku dziennego bez wszelkiego uzasadnienia, nie ocenił należycie stanu sprawy i wysnuł niesłuszne wnioski, naruszając §§ 286 i 139 u. p. c., §§ 242, 157, 823 i 831 k. c.,

b) niesłusznie pominął zeznanie świadków,

c) niesłusznie ustalił, że powód nie prowadził z pozwanym towarzystwem pertraktacji ugodowych i że pertraktacje nie spowodowały zawieszenia biegu przedawnienia,

d) nie uwzględnił, że jeżeli kierownik oddziału w Grudziądzu działał w ramach swych uprawnień, to były prowadzone pertraktacje, które przerwały bieg przedawnienia, jeżeli zaś wspomniany kierownik nie był uprawniony do prowadzenia pertraktacji, to wprowadził powoda w błąd, działając podstępnie, wskutek czego pozwane towarzystwo powinno odszkodować powoda na podstawie §§ 823 i 831 k. c.,

e) nie uwzględnił wniosku powoda o ponowne przesłuchanie świadków. Strona pozwana wniosła o oddalenie skargi rewizyjnej.

Sąd Najwyższy po wysłuchaniu sprawozdania sędziego-referenta i zdania przedstawiciela prokuratury zważył, co następuje:

Ogólnikowe zarzuty, że Sąd Apelacyjny z góry przesądził wyniki postępowania dowodowego, nie ocenił należycie okoliczności sprawy, wysunął niesłuszne wnioski i tym podobne są niedopuszczalne i nie nadają się do rozpatrzenia, jako nie odpowiadające przepisowi § 554 u. p. c.

Zarzut, że Sąd Apelacyjny pominął zeznanie świadków, jest bez podstawy, albowiem z uzasadnienia wyroku Sądu Apelacyjnego wynika, że Sąd Apelacyjny je rozważył i oparł na nich swe wnioski, a do cytowania każdego z tych zeznań lub specjalnego powoływania się na nie Sąd Apelacyjny nie był, w myśl przepisów ustawy, obowiązany.

Okoliczność, czy powód prowadził pertraktacje ugodowe z pozwanym towarzystwem, jest dla wyniku sporu obojętna, gdyż pertraktacje, które nie doprowadziły do zawarcia ugody, nie zawierają żadnego uznania zobowiązania wypłacenia odszkodowania, nie wstrzymują i nie przerywają biegu terminu prekluzyjnego. Z własnego zaś przyznania powoda i zeznań świadków wynika, że powód i świadkowie zwracali się tylko do kierownika oddziału pozwanego towarzystwa, który oświadczył im, że nie jest uprawniony do zawarcia ugody, i że sprawę przedstawi radzie nadzorczej w Poznaniu. W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny słusznie wnioskuje, że powód nie mógł dopatrywać się w przyrzeczeniu tym zamiaru pozwanego towarzystwa zapłacenia zaskarżonej pretensji, skoro wymieniony kierownik zastrzegł się, że nie może decydować. Powód w toku całego procesu nie twierdził, by zarząd, dyrekcja lub inna osoba oprócz kierownika oddziału w Grudziądzu, upoważniona do działań w imieniu pozwanego towarzystwa, oświadczyła mu bez zastrzeżeń już po otrzymaniu przezeń pisma z dnia 22.IX.1925 r., że uznaje jego pretensję o odszkodowanie za uzasadnioną i zobowiązuje się wypłacić mu żądaną przezeń sumę lub choćby, że odmowne pismo z dnia 22.IX.1925 r. cofa. Samo postępowanie powoda, który wniósł skargę do Sądu przed upływem 6-miesięcznego terminu i uzyskał 2.VII.1926 r. wyrok zaoczny, uchylony przez Sąd Apelacyjny tylko z powodu wadliwego, a zatem bezskutecznego doręczenia skargi

w dniu 3.IV.1926 r. jest dowodem, że i sam powód nie przypisywał pertraktacjom z kierownikiem oddziału w Grudziądzu znaczenia faktu, przerywającego bieg terminu prekluzyjnego.

Nie można również dopatrzeć się w postępowaniu kierownika oddziału pozwanego towarzystwa w Grudziądzu jakiegokolwiek podstępu lub innego czynu niedozwolonego, za które odpowiadałoby pozwane towarzystwo. Skoro bowiem pozwany kierownik uprzedził powoda, że nie jest uprawniony do zawarcia ugody i nie składał żadnych wiążących go lub pozwane towarzystwo oświadczeń, to nie może być mowy o podstępie. Jeżeli więc nawet radził wstrzymać się ze skargą, gdyż przedstawi sprawę radzie nadzorczej, to przecież powód nie usłuchał tej rady i nie twierdził, że jej usłuchał; ponadto jeżeli kierownik oddziału udzielił tej rady, zastrzegając, że nie jest uprawniony do zawierania ugody, to udzielił jej nie przy wykonywaniu czynności, do których był ustanowiony, a więc pozwane towarzystwo nie odpowiadałoby za skutki takiej rady w myśl § 831 k. c.

Ostatni zarzut skargi rewizyjnej, że Sąd Apelacyjny nie uwzględnił wniosku o ponowne przesłuchanie świadków, jest bezpodstawny, ponieważ ponowne przesłuchanie świadków co do tych samych okoliczności zależy od uznania Sądu, zeznania świadków były jasne i nie nasuwały wątpliwości, a pełnomocnik powoda nie przytoczył żadnych nowych faktów, o którychby świadkowie mieli zeznawać.

Zarzuty skargi rewizyjnej są zatem nieuzasadnione.

Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 22 listopada 1935 roku N. C. III. 711/34 (ogłoszone w zbiorze orzeczeń Sądu Najwyższego. Zeszyt IV. 1937 roku Nr 128).

Powód ubezpieczył swe zabudowania i ruchomości w pozwanym towarzystwie od ognia na sumę 168.300 zł. Dnia 22 kwietnia 1925 r. spaliły się ubezpieczone rzeczy. W skardze niniejszej domagał się powód zapłaty sumy ubezpieczeniowej. W pierwszym terminie z dnia 14 maja 1926 r. powziął Sąd Okręgowy uchwałę o następującym brzmieniu: Na zgodny wniosek stron zarządza się przerwę postępowania aż do prawomocnego ukończenia sprawy karnej przeciwko powodowi o podpalenie. W sprawie tej zapadł wyrok uwalniający, który uprawomocnił się w dniu 12 stycznia 1928 r. Pismem nadeszłym do Sądu dnia 18 października 1930 r. oświadczył powód, że podejmuje spór i wniósł o wyznaczenie terminu do ustnej rozprawy. Sąd Okręgowy zgodnie z wnioskiem pozwanego towarzystwa skargę oddalił. Odwołania powoda Sąd Apelacyjny nie uwzględnił. Ustalił, że roszczenie o wypłatę sumy ubezpieczeniowej stało się wymagalne jeszcze w roku 1925, albowiem została w dniu 12 października 1925 r. w zupełności ustalona wysokość roszczenia odszkodowawczego zgodnie z warunkami ubezpieczenia, ponadto powód już w początku roku 1926 wniósł skargę, twierdząc, że pozwane towarzystwo nie płaci odszkodowania mimo kilkakrotnych upomnień. Na tej podstawie dochodzi Sąd Apelacyjny do wniosku, że uzasadniona jest koncepcja przedawnienia strony pozwanej. W szczególności utrzymuje Sąd Apelacyjny, że przedawnienie rozpoczęło biec z dniem 1 stycznia 1926 r., uległo wskutek wdrożenia skargi przerwie aż do uprawomocnienia się wyroku karnego, albowiem na przeciąg tego czasu strony umówiły przerwę procesu, a poczęło biec na nowo nie z końcem roku 1928, lecz z dniem 12 stycznia 1928 r.,

gdyż wobec braku szczególnych przepisów w ustawie o umowie ubezpieczenia miarodajny jest § 211 k. c., tak iż w czasie, gdy powód podjął spór, upłynął już czasokres z § 12 ust. 1 ust. o umowie ubezp., zwłaszcza że żadnego znaczenia mieć nie może wniosek o udzielenie prawa ubogich, znajdujący się w odpisie skargi oddanym do akt sądowych. Wreszcie uznał Sąd Apelacyjny za nieistotny zarzut powoda, że wbrew postanowieniu w § 15 ust. 3 warunków ubezpieczenia nie zakreśliła mu pozwana sześciomiesięcznego czasokresu do wniesienia skargi z wyraźnym zagrożeniem utraty roszczenia do sumy ubezpieczenia, jeżeli się powód do wezwania nie zastosuje. Sąd Apelacyjny jest zdania, że po wytoczeniu przez powoda skargi wezwanie takie nie wchodziło już w rachubę, że przepis § 15 ust. 3 ma na względzie interes pozwanej firmy i dlatego może ona dowolnie z niego korzystać, wreszcie że przepis powyższy jest dla rozstrzygnięcia sporu nieistotny, skoro nastąpiło przedawnienie, na którego bieg nie ma żadnego wpływu okoliczność, czy pozwana z przepisu powyższego skorzystała.

Rozpoznając sprawę w granicach skargi rewizyjnej, Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Powód wyraża w rewizji swej zapatrywanie, że roszczenie jego stało się wymagalne dopiero z chwilą uprawomocnienia się wyroku karnego, ponieważ według § 12 ust. 1 ust. o umowie ubezp. roszczenie powstaje dopiero po stwierdzeniu go pod względem faktycznym i prawnym, pozwana w myśl § 15 ust. 1 warunków ubezpieczenia z powodu tak ważnej przyczyny prawnej, jaką było toczące się postępowanie karne, nie była zobowiązana do wypłaty odszkodowania, ponadto w protokularnym ustaleniu szkody w dniu 20 września 1925 r. zastrzegła sobie pozwana szczególnie wypłatę odszkodowania na zasadzie warunków ubezpieczenia, czyli zgodnie z powyższym § 15 ust. 1. Stanowisko powyższe nie jest uzasadnione; nie popierają go w szczególności uwagi w komentarzu Brucka do §§ 12, 49 i 94, na które powód się powołuje. W uwadze 7 do § 49 zaznacza Bruck, że miarodajne są warunki ubezpieczenia. § 15 ust. 1 warunków pozwanego towarzystwa opiewa, że odszkodowanie płatne jest po upływie jednego miesiąca od dnia, w którym szkoda została w zupełności ustalona; jeżeli przy wypłacie odszkodowania zachodzą przeszkody już to z powodu braku legitymacji lub z przyczyn prawnych, to towarzystwo przed usunięciem przeszkody nie jest zobowiązane ani do deponowania, ani do wypłaty odszkodowania, ani wreszcie nie odpowiada za skutki takiej zwłoki. Co rozumieć należy pod określeniem „szkoda w zupełności ustaloną została", wynika z poprzedzającego przepis powyższy § 14, który wyjaśnia, w jaki sposób szkoda powinna być ustalona. Chodzi mianowicie o ustalenie wysokości szkody, nie można natomiast rozumieć pod wspomnianym określeniem ustalenia okoliczności, decydujących o prawnej słuszności roszczenia. Zresztą jeżeli stanie się na stanowisku przeciwnym, to roszczenie ubezpieczonego stałoby się wymagalne nie tylko dopiero po prawomocnym uwolnieniu go w postępowaniu karnym, lecz w ogóle po przeprowadzeniu sporu nad słusznością jego roszczenia; podobne ograniczenie praw ubezpieczonego wobec treści § 11 ust. o umowie ubezp. jest niedopuszczalne. Przyczyny zaś, o których mówi drugie zdanie ustępu 1 § 15, nie mogą polegać na okolicznościach, uzasadniających roszczenie odszkodowawcze samo w sobie, gdyż chodzi o przeszkody w wypłacie roszczenia

uzasadnionego, jak to wynika z określenia przeszkód, jako takich, które mogą być usunięte. Ponadto okoliczności, na których polegają przeszkody, nie uchylają wymagalności roszczenia odszkodowawczego, lecz uprawniają pozwaną do wstrzymania wymagalnej wypłaty, na co wskazuje wyraźnie zwrot, że mimo niewypłacenia sumy ubezpieczenia pozwana nie jest zobowiązana do odszkodowania ani nie odpowiada za skutki zwłoki. Skoro więc powód nie zaskarża ustalenia Sądu Apelacyjnego, że szkoda zgodnie z § 14 warunków ubezpieczenia ustalona została ostatecznie w dn. 12 października 1925 r., przeto zgodny z § 12 ust. 1 L. c. jest wniosek Sądu Apelacyjnego, że roszczenie powoda stało się wymagalne jeszcze w r. 1925 i rozpoczęło przedawniać się z dn. 1 stycznia 1926 r.

Powód jednak stara się ponadto podważyć tę część zaskarżonego wyroku, w której Sąd Apelacyjny ustala, że przerwa postępowania ustała z chwilą uprawomocnienia się wyroku karnego. Słuszny jest w dotyczących wywodach powoda pogląd, że przerwa sporu nie następuje na skutek umowy stron, lecz na zarządzenie Sądu, i że w danym wypadku chodziło o zawieszenie na podstawie § 149 u. p. c. Zgodzić należy się również z powodem, że skutki zawieszenia z § 149 u. p. c. są te same, co w wypadku zawieszenia z § 246 u. p. c., określone w § 249 u. p. c., i że dlatego przerwa przedawnienia, wywołana wdrożeniem skargi, nie ustała razem z zawieszeniem, gdyż zawieszenia postępowania nie da się podciągnąć pod przyczyny § 211 k. c. Błędne natomiast jest zapatrywanie powoda, że przerwa przedawnienia trwa tak długo, jak zawieszenie, zatem aż do podjęcia sporu przez czynność sądu lub strony i że zapadnięcie prawomocnego wyroku karnego, jako okoliczność leżąca poza postępowaniem, nie ma na przerwę przedawnienia żadnego wpływu. Według treści § 211 ust. 2 kończy się przerwa przedawnienia, spowodowana wdrożeniem procesu, jeżeli w sporze nastąpił zastój z tej przyczyny, że strona go nie popiera. To niepopieranie nie ogranicza się do wypadków przytoczonych przez powoda w skardze rewizyjnej, mianowicie, gdy strony umówią spoczywanie, gdy strona nie jawi się w terminie lub gdy wydali się bez wniosku. Chodzi raczej o wszelkie niekorzystanie z możliwości nadania procesowi dalszego biegu, gdy taka możliwość stronie się otwiera. Chociaż więc zawieszenie sporu pozbawia stronę takiej możliwości, to nastaje ona znowu, skoro podjęcie sporu jest dopuszczalne, a nie dopiero z chwilą rzeczywistego podjęcia. Ponieważ zatem według treści uchwały Sądu Okręgowego, zawieszającej postępowanie, dopuszczalność podjęcia powstała w dniu uprawomocnienia się wyroku karnego, przeto już z tym dniem ukończyła się przerwa przedawnienia, jak to słusznie przyjął Sąd Apelacyjny.

Uzasadnione jest również zapatrywanie Sądu Apelacyjnego, że w razie przerwy przedawnienia nowe przedawnienie rozpoczyna się z chwilą ustania przerwy, a nie dopiero z końcem roku, w którym przerwa ustała. Wysunięcie bowiem początku przedawnienia poza termin normalny wymaga szczególnego przepisu, który jako wyjątek od zasady nie może być stosowany do innych wypadków w ustawie wyraźnie nie wymienionych. Dlatego nie może po przerwie być stosowany przepis § 12 ust. 1 zd. 2, tak samo jak wykluczone jest w wypadkach przerwy stosowanie § 201 k. c. Ponieważ wobec tego roszczenie powoda jest przedawnione, nieistotne są zarzuty rewizji, że Sąd Apelacyjny z naruszeniem § 12 ust. 2 ust. o umowie ubezp. nie rozprawił się należycie z § 15 ust. 3 warunków ubezpieczenio-

wych mianowicie z obroną pozwanego towarzystwa, że powód utracił prawo do sumy ubezpieczenia, albowiem w zakreślonym mu terminie 6-miesięcznym nie wystąpił ze skargą.

Błędne jest bowiem zapatrywanie powoda, wyrażone w rozprawie rewizyjnej, że tak § 12 ust. 1 jak i § 12 ust. 2 normują kwestię przedawnienia, że w konkretnym wypadku ma z obydwóch przepisów zastosowanie ten, na który strony się ugodziły, że skoro więc do § 15 ust. 3 warunków ubezpieczenia przyjęła pozwana § 12 ust. 2, to na § 12 ust. 1 w ogóle powoływać się nie może. W rzeczywistości normują dwa pierwsze ustępy § 12 dwa zupełnie różne przedmioty, z których każdy ma samodzielne istnienie, i z których jeden nie wyklucza istnienia drugiego, albowiem ust. 1 dotyczy przedawnienia, ust. 2 — prekluzji. Chociażby zatem obrona pozwanego towarzystwa, na której nierozpatrzenie żali się powód, okazać się miała nieuzasadniona i nie byłoby prekluzji roszczeń powoda, musiałoby roszczenie jego jako przedawnione ulec oddaleniu.

Skarga rewizyjna powoda nie może stąd odnieść żadnego skutku, zaczem na zasadzie §§ 564, 565, 97 u. p. c. Sąd Najwyższy skargę rewizyjną powoda na wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 14 marca 1934 roku oddala.

Witosław Kolisko.

KRONIKA

JUBILEUSZ PROF. SAMUELA DICKSTEINA.

W dniu 3 października 1937, na zakończenie III Polskiego Zjazdu Matematycznego odbył się w Towarzystwie Naukowym Warszawskim (Pałac Staszica) z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Matematycznego obchód uczczenia zasług naukowych, pedagogicznych, obywatelskich i społecznych nestora matematyków polskich, prof. dr h. c. Samuela Dicksteina, wychowańca b. Szkoły Głównej. Od chwili studiów w b. Szkole Głównej, zakończonych w 1870 r. już w b. rosyjskim Uniwersytecie Warszawskim (wobec zlikwidowania w r. 1869 przez zaborców tej zasłużonej uczelni polskiej) profesor Dickstein prowadzi pracę nauczycielską. Niestrudzony organizator nauki i szkolnictwa w najcięższych okresach życia polskiego pozostaje w stałym kontakcie z nauką międzynarodową, informuje zagranicę o pracach matematyków polskich, zaświadczając w ten sposób, iż w najgorszych warunkach panujących wówczas pod zaborem rosyjskim, pozbawiona własnych placówek uniwersyteckich istnieje jednak, krzepnie i rozwija się polska wiedza matematyczna.

Czterdzieści pięć tomów „Prac Matematyczno-Fizycznych", czterdzieści cztery tomy „Wiadomości Matematycznych", jeden zaledwie fragment twórczości organizacyjno - naukowej profesora Dicksteina — oto pomnik pracy i szlachetnego wysiłku. Przez długi okres czasu publikacje te są jedynym stałym wydawnictwem matematycznym polskim, poprzez kordony graniczne nawiązują i utrwalają łączność między uczonymi polskimi, stanowią czynnik postępu nauki, przyczyniają się do ustalenia polskiego słownictwa matematycznego.

W okresie niewoli, gdy każda niemal instytucja obywatelska w kraju jest placówką obronną polskości, Profesor Dickstein współdziała w inicjatywie i organizacji szkół, bibliotek, muzeów, wydawnictw popularno - naukowych, stowarzyszeń samopomocy społecznej. Gdy w r. 1915 wojska rosyjskie opuszczają Warszawę, jest członkiem Komitetu Obywatelskiego stolicy. Gdy w r. 1920 powrotne fale najazdu zbliżają się do jej bram, wchodzi w skład Komitetu Obywatelskiego Obrony Państwa.

W skład Komitetu, który zajął się złożeniem publicznego hołdu temu, którego życie jest wzorem cnót obywatelskich, głębokiego patriotyzmu i wierności nauce, weszli przedstawiciele Polskiej Akademii Umiejętności, Akademii Nauk Technicznych, Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego i jego Wydziału Matematyczno - Przyrodniczego, Polskiego Towarzystwa Matematycznego oraz Towarzystwa Nauczycieli Szkół Średnich i Wyższych.

Akademia Jubileuszowa miała nader podniosły charakter. Zebranie zagaił w imieniu Polskiej Akademii Umiejętności, Towarzystwa Naukowego Warszawskiego i III Zjazdu Matematyków prezes T.N.W. i komitetu jubileuszowego prof. W. Sierpiński, odczytując na wstępie depeszę od P. Prezydenta R. P., przysłaną na ręce sędziwego Jubilata, treści następującej: „W chwili, gdy polski świat naukowy oddaje należny hołd zasłudze Pana Profesora, przesyłam najlepsze życzenia dalszej owocnej pracy". Prof. Sierpiński omówił następnie ważniejsze zasługi prof. Dicksteina dla ma-

tematyki polskiej a specjalnie dla Towarzystwa Naukowego Warszawskiego i złożył w imieniu instytucji przez siebie reprezentowanych najgorętsze życzenia dalszej chlubnej pracy dla dobra nauki polskiej.

Prof. Sierpiński zakomunikował, że zarząd T.N.W. otrzymał od prof. Dicksteina pismo, w którym prosi o przejęcie przez Towarzystwo wydawanych dotąd przez niego „Prac Matematyczno-Fizycznych" oraz „Wiadomości Matematycznych", a jednocześnie prof. Dickstein przekazał Towarzystwu Naukowemu Warszawskiemu 16 tysięcy złotych w listach zastawnych Towarzystwa Kredytowego Miejskiego jako zaczątek funduszu wydawniczo-naukowego na te czasopisma.

Następnie w imieniu ministra W. R. i O. P. przemówił rektor prof. J. Zawadzki.

Z kolei zabierali głos liczni mówcy podkreślając wielkie zasługi S. Dicksteina jako uczonego pedagoga i obywatela patrioty, składając mu hołd i wyrazy wdzięczności.

W imieniu Polskiego Związku Aktuariuszy dr. Aleksander Weryha, Prezes Rady Instytutu, wygłosił następujące przemówienie:

„Przypadł mi zaszczyt przyłączenia się w imieniu Polskiego Instytutu Aktuariuszy do dzisiejszego obchodu uznania i uczczenia zasług 65-letniej pracy naszego tak bardzo czczonego i kochanego Jubilata, Pana Prof. Dicksteina.

Działalność Pana Prof. Dicksteina była nie tylko niesłychanie pracowita i owocna, lecz była ona również nadzwyczaj wszechstronna. Obok wielkich zasług na polu uprawiania, krzewienia i nauczania matematyki czystej, Pan Prof. Dickstein ma bardzo duże zasługi również i na polu matematyki stosowanej, w szczególności wiedzy aktuarialnej. Już w roku szkolnym 1876/77 znajdujemy Prof. Dicksteina wśród pierwszych wybitnych wykładowców Szkoły Handlowej Kronenberga, w której wykłada „Zasady teorii ubezpieczeń". W roku 1910 wydaje opracowany wspólnie ze ś. p. prof. Danielewiczem podręcznik pt. „Zarys arytmetyki politycznej", na którym kształciły się dalsze pokolenia polskich aktuariuszy.

Wydając „Wiadomości Matematyczne" i „Prace Matematyczno - Fizyczne", Pan Prof. Dickstein nie zaniedbuje matematyki stosowanej. Ukazują się w nich prace, poświęcone zagadnieniom matematyki ubezpieczeniowej.

Ale mało tego. Doceniając duże znaczenie gospodarcze, jakie w okresie niewoli zaborczej musiało mieć dla naszego społeczeństwa powstanie polskich zakładów ubezpieczeń, z podziwu godną energią bierze w 1892 r. udział w założeniu i organizacji Towarzystwa Ubezpieczeń „Przezorność', pierwszego polskiego Towarzystwa Ubezpieczeń na życie na terenie b. zaboru rosyjskiego. Przez długi szereg lat, będąc członkiem dyrekcji, a następnie Rady Zarządzającej tego Towarzystwa, Prof. Dickstein bierze czynny udział w pracach organizacyjnych i matematyczno - ubezpieczeniowych tego Towarzystwa oraz kształci i przyspasabia do pracy dalsze pokolenia polskich matematyków ubezpieczeniowych.

Od roku 1901 Prof. Dickstein jest członkiem Władz naczelnych drugiego polskiego Towarzystwa Ubezpieczeń, istniejącego za czasów zaborczych, a mianowicie Warszawskiego Towarzystwa Ubezpieczeń, w którym jego trzeźwy sąd i źródłowa znajomość rzeczy są niezwykle cenione.

Po wskrzeszeniu Państwa Polskiego Prof. Dickstein jest jednym z inicjatorów i założycieli Polskiego Instytutu Aktuariuszy, w którym przez długi szereg lat piastuje godność Prezesa Rady Instytutu. Od chwili kiedy wskutek nawału innych prac rezygnuje z czynnej prezesury w Instytucie, Walne Zgromadzenie nadaje Mu w uznaniu zasług godność Prezesa Honorowego Instytutu. Wyjątkowo czczony i kochany przez nas wszystkich Prof. Dickstein nadal interesuje się naszymi pracami, biorąc czynny udział w naszych zebraniach naukowych.

W imieniu Polskiego Instytutu Aktuariuszy składam naszemu czcigodnemu i kochanemu Jubilatowi, nie okolicznościowe, lecz najszczersze i z głębi serca płynące wyrazy hołdu i najgłębszego uznania".

Jako ostatni zabrał głos sam Jubilat, który na wstępie zaznaczył, że znaczna część uznania jaka go spotyka należy się jego wybitnym współpracownikom, z których wielu już dziś nie żyje, następnie zaś podzielił się wspomnieniami z okresu swych lat szkolnych i powstawania Szkoły Głównej.

Uroczystą akademię zakończono odczytaniem wielkiej ilości depesz nadesłanych z całego kraju i z zagranicy od uniwersytetów i instytucji naukowych, poszczególnych uczonych i osób prywatnych.

Z okazji jubileuszu 65-lecia pracy naukowej prof. S. Dicksteina ukaże się księga pamiątkowa, poświęcona zasłużonemu Jubilatowi.

USTAWA
z dnia 2 lipca 1937 r.

w sprawie zmiany art. 2 dekretu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 kwietnia 1936 r. o zabezpieczeniu interesów osób, ubezpieczonych w Towarzystwie Ubezpieczeń na życie „Phönix" za pośrednictwem głównego przedstawicielstwa na Polskę (Dz.U.R.P. Nr 52/37 poz. 407).

Art. 1. Art. 2 dekretu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 kwietnia 1936 r. o zabezpieczeniu interesów osób, ubezpieczonych w Towarzystwie Ubezpieczeń na życie „Phönix" za pośrednictwem głównego przedstawicielstwa na Polskę (Dz. U. R. P. Nr 31, poz. 245) otrzymuje brzmienie następujące:

„Art. 2. (1) Do dnia 1 lipca 1940 r. nie można żądać wypłaty pożyczek (zaliczek) pod zastaw polis i wykupów oraz wszczynać postępowania sądowego lub egzekucyjnego w poszukiwaniu tych należności; postępowanie wszczęte wcześniej zawiesza się z mocy prawa.

(2) Jeżeli ubezpieczający płacił składkę niższą od tej, która odpowiadałaby według ustalonych przez Ministra Skarbu podstaw technicznych świadczeniom zakładu, kurator obniży świadczenia do zakresu, odpowiadającego w myśl tych podstaw technicznych wysokości płaconej składki.

(3) Wszystkie świadczenia zakładu z tytułu umów ubezpieczenia redukuje się — niezależnie od obniżki, dokonanej na podstawie ust. (2) — o 25%. Jeżeli świadczenie zostało częściowo wypłacone przed dniem wejścia w życie ustawy niniejszej, redukcji podlega jedynie część niewypłacona. W tym samym stosunku, jak świadczenia zakładu, redukuje się również składki ubezpieczeniowe, należne od dnia 1 maja 1936 r.

(4) Zakład ubezpieczeń nie może korzystać z praw do odstąpienia od umowy lub jej rozwiązania (wypowiedzenia z natychmiastowym skutkiem), przewidzianych na wypadek niepłacenia przez ubezpieczającego składek w terminie, jeżeli zaległość dotyczy składek, należnych za okres od dnia 1 maja 1936 r. do dnia wejścia w życie ustawy niniejszej, a ubezpieczający całą zaległość uiści w ciągu trzech miesięcy od pisemnego wezwania go przez kuratora do jej uiszczenia".

Art. 2. Wykonanie ustawy niniejszej porucza się Ministrowi Skarbu w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości.

Art. 3. Ustawa niniejsza wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SKARBU

z dnia 5 października 1937 r.

wydane w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości w sprawie wykonania ustawy z dnia 2 lipca 1937 r. w sprawie zmiany art. 2 dekretu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 kwietnia 1936 r. o zabezpieczeniu interesów osób, ubezpieczonych w Towarzystwie Ubezpieczeń na życie „Phönix“ za pośrednictwem głównego przedstawicielstwa na Polskę (Dz. U. R. P. Nr 74/37 poz. 542).

Na podstawie art. 2 ust. (2) dekretu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 kwietnia 1936 r. o zabezpieczeniu interesów osób, ubezpieczonych w Towarzystwie Ubezpieczeń na życie ,,Phönix'' za pośrednictwem głównego przedstawicielstwa na Polskę (Dz. U. R. P. Nr. 31, poz. 245) w brzmieniu ustalonym ustawą z dnia 2 lipca 1937 r. (Dz. U. R. P. Nr 52, poz. 407) oraz art. 2 tej ustawy zarządzam co następuje:

§ 1. (1) Kurator obniży umowne świadczenia tych umów ubezpieczenia, dla których ustalone w umowie lub płacone składki były niższe od składek, przypadających według podstaw i zasad technicznych, które ustala się w sposób następujący:

a) dla ubezpieczeń z bieżącą opłatą składek na wypadek śmierci, dożycia i mieszanych:

1) tablica śmiertelności związku niemieckich zakładów ubezpieczeń na życie z 1926 r. i techniczna stopa procentowa w wysokości 4½%,

2) dodatki w wysokości: na koszty akwizycji — jednorazowo 0,04 sumy ubezpieczenia, na koszty administracji — corocznie przez cały czas trwania umowy ubezpieczenia 0,004 sumy ubezpieczenia i na koszty inkasa składki — $\frac{0,03}{0,97}$ składki obliczonej przy zastosowaniu dwóch poprzednich dodatków,

3) dodatek za rozłożenie składki na raty miesięczne, kwartalne lub półroczne w wysokości odpowiednio 6%, 3%, 2% składki obliczonej w myśl przepisów pkt 1) i 2);

b) dla ubezpieczeń z jednorazową opłatą składek — podstawy techniczne te same, co dla wymienionych pod lit. a) ubezpieczeń z bieżącą opłatą składek, z wyjątkiem dodatków, określonych w pkt 2) lit. a), które wynosić mają: na koszty akwizycji i inkasa— jednorazowo 0,04 sumy ubezpieczenia i na koszty administracji— corocznie 0,0005 sumy ubezpieczenia;

c) dla ubezpieczeń oszczędnościowych ze zwrotem składki w razie wcześniejszej śmierci — podstawy techniczne te same, co dla wymienionych pod lit. a) ubezpieczeń z bieżącą opłatą składek, z wyjątkiem dodatków, określonych w pkt 2) pod lit. a), które wynosić mają: na koszty akwizycji — jednorazowo 0,025 sumy ubezpieczenia, na koszty administracji — corocznie 0,001 sumy ubezpieczenia i na koszty inkasa składek — $\frac{0,03}{0,97}$ składki obliczonej przy zastosowaniu dwóch poprzednich dodatków;

d) dla ubezpieczeń rent:

1) austriacka tablica śmiertelności rentierów z 1909 r., oddzielna dla mężczyzn i kobiet, i techniczna stopa procentowa w wysokości 3½%,

2) dodatek łączny na koszty akwizycji, administracji i inkasa w wysokości 0,05 składki przy wieku przystąpienia

do ubezpieczenia do 50 lat, z podwyższeniem przy wieku przystąpienia wyższym od 50 lat o 0,002 składki za każdy rok ponad 50 lat;

e) dla ubezpieczeń dodatkowych, przewidujących na wypadek utraty zdolności do pracy czyli inwalidztwa zwolnienie od opłaty składek, bądź wcześniejszą wypłatę sumy ubezpieczenia zasadniczego, bądź też przyznanie renty:

1) tablica śmiertelności i prawdopodobieństwa utraty zdolności do pracy, opracowana przez L. Riedela i F. Zalai oraz techniczna stopa procentowa w wysokości 4½ %,

2) łączny dodatek na koszty akwizycji, administracji i inkasa w wysokości 25% składki;

f) dla ubezpieczeń bezskładkowych, które powstały przez zastosowanie zastrzeżonego w umowie uprawnienia do przedłużenia ubezpieczenia w wypadku przerwania opłaty składek z utrzymaniem umówionej sumy ubezpieczenia a z ograniczeniem czasu trwania umowy — tablica śmiertelności 23 towarzystw niemieckich z 1883 r. według układu oznaczonego „M. W. I" i techniczna stopa procentowa w wysokości 4½ %.

(2) Obniżenie świadczeń, przewidzianych w umowach ubezpieczenia, dokonane będzie na podstawie stosunku składek, ustalonych w umowie lub płaconych, do składek obliczonych według zasad, wymienionych w ust. (1).

(3) Składki obliczone na innych podstawach technicznych, odbiegające nie więcej niż 3% od składek, obliczonych zgodnie z podstawami, określonymi w ust. (1), uznaje się za ustalone prawidłowo.

§ 2. Przy ustalaniu, czy składka opłacona przez ubezpieczającego odpowiada wymogom § 1, oraz przy określaniu świadczenia zakładu, odpowiadającego opłaconej składce w przypadku, gdy ta składka wymogom tym nie odpowiada, stosowane będą następujące zasady:

a) w obrachunku uwzględniane będą zapewnione w umowie ubezpieczenia wszelkie sumy, płatne bądź w razie dożycia do umówionego terminu, bądź na wypadek śmierci oraz w czasie trwania ubezpieczenia, choćby w treści umowy określone były jako bezskładkowe,

b) uwzględnione będą okresy zwolnienia od opłaty składki bez względu na to, w jakim terminie przypadały, choćby z treści umów lub oświadczeń zakładu ubezpieczeń wynikało, że składka za dany okres została opłacona bądź opłacie nie podlegała,

c) w przypadku gdy przy ustalaniu wysokości składki przyjęto odmienny od rzeczywistego wiek ubezpieczonego, w obrachunku zostanie uwzględniony wiek rzeczywisty.

§ 3. (1) W przypadku gdy ubezpieczający opłacił składkę lub jej część wartością ubezpieczeń, zawartych uprzednio, wartość tę uwzględni się w obrachunku, sporządzonym dla ustalenia wysokości świadczeń, wynikających z nowego ubezpieczenia, najwyżej w wysokości matematycznej rezerwy składek tych ubezpieczeń, pomniejszonej o wartość świadczeń, ewentualnie z umów tych już dokonanych, oraz przy uwzględnieniu przeliczenia walut obcych na złote według kursu urzędowego giełdy lwowskiej z dnia, w którym dokonano zapłaty składki nowego ubezpieczenia wartością ubezpieczenia uprzednio zawartego. Przepisy ustępu niniejszego nie mają zastosowania do ubezpieczeń, opiewających na korony austriacko-węgierskie, marki niemieckie, ruble rosyjskie i marki polskie.

(2) Ustalone zasady określania świadczeń zakładu ubezpieczeń w zależności od opłaconej składki mają zastosowanie również do ubezpieczeń, których rezerwa matematyczna została użyta na całkowitą lub częściową zapłatę składki do ubezpieczenia później zawartego.

§ 4. W celu ustalenia, czy przewidziane w umowach ubezpieczenia świad-

czenia zakładu odpowiadają, w myśl ustalonych powyżej zasad technicznych, opłaconej składce, ubezpieczający powinien w ciągu trzech miesięcy od dnia ogłoszenia rozporządzenia niniejszego przedłożyć kuratorowi posiadane polisy ubezpieczeniowe. W razie konieczności obniżenia przewidzianych w umowach świadczeń kurator uwidoczni zmianę na przedłożonej polisie. W razie nieprzedłożenia w tym terminie polisy kurator ustali wysokość świadczeń na podstawie danych, jakie posiada w aktach.

§ 5. W razie konieczności ustalenia podstaw technicznych, nie określonych w rozporządzeniu niniejszym, bądź ustalenia zasad stosowania podstaw, w tym rozporządzeniu określonych, miarodajne jest orzeczenie Państwowego Urzędu Kontroli Ubezpieczeń.

§ 6. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

BIBLIOGRAFIA.

M. Sanielevici — „Wstęp do techniki ubezpieczeniowej”. (Bucuresti 1937).

Autor, naczelny dyrektor poważnego rumuńskiego Towarzystwa Ubezpieczeń „Generala”, znany jest jako wszechstronny fachowiec ubezpieczeniowy, który opublikował już szereg prac z dziedziny matematyki ubezpieczeniowej, a także wydał tablice śmiertelności.

Ostatnia jego praca daje czytelnikowi podstawowe zasady wszystkich działów ubezpieczeń; co jednak zwłaszcza pociąga w tej książce, a zarazem stanowi jej największą wartość, to jasne i trafne ujęcie gospodarczego znaczenia ubezpieczeń, któremu to zagadnieniu autor, znany także i ceniony jako ekonomista, poświęcił szczególną uwagę. Wywody jego są żywe i przekonywujące. Także historyczna strona problemu opracowana jest bardzo starannie. Na podkreślenie zasługują wreszcie wysiłki autora, zmierzające do wypośrodkowania z dotychczasowego mnóstwa definicji ubezpieczeń, definicji o charakterze użytkowym i praktycznym.

(R. S.).